



Rita Pereira do Nascimento Costa

# Aspectos jurídicos da transplantação de órgãos

Dissertação em Ciências Jurídico-Civilísticas — Menção em Direito Civil

Julho, 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE DIREITO  
2º CICLO DE ESTUDOS EM DIREITO



RITA PEREIRA DO NASCIMENTO COSTA

**ASPECTOS JURÍDICOS DA TRANSPLANTAÇÃO DE ÓRGÃOS**

**LEGAL ASPECTS OF ORGAN TRANSPLANTATION**

Dissertação apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra no âmbito do 2.º Ciclo de Estudos em Direito (conducente ao grau de Mestre), na Área de Especialização em Ciências Jurídico-Civilísticas - Menção em Direito Civil.

Orientador: Prof. Doutor André Gonçalo Dias Pereira

COIMBRA

2017

## RESUMO

Em Portugal, a prática da transplantação, particularmente de órgãos tem, não só, uma já longínqua tradição como, também, está na vanguarda das mais recentes conquistas científicas e técnicas e, por isso tem merecido lugar de destaque no panorama internacional, em termos de resultados de sobrevivência de enxerto e/ou receptor. Paralelamente, encontramos-nos entre os países com maior taxa de doação de órgãos por milhão de habitante. Este facto fica a dever-se ao regime de consentimento presumido, já há muito, entre nós adoptado para a dádiva e colheita no dador falecido, tornando obrigatória a derrogação da dádiva só mediante o registo em vida dessa vontade através da inscrição no Registo Nacional de Não Dadores – RENNDA. O alargamento do conceito de morte, autorizando a colheita em dadores falecidos em paragem circulatória, para além da tradicional colheita em dadores em morte cerebral, constitui uma medida adicional, de grande futuro, para colmatar a crescente escassez de órgãos disponíveis para a transplantação.

Destaquemos, também, a extensão do âmbito da doação *inter vivos*, com especial ênfase para o alargamento a dadores vivos não aparentados, pressupondo, contudo, que estes mantenham uma relação pessoal próxima com o doente, quando se trate de doação de órgãos não regeneráveis, ficando, neste caso, a cargo da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante – EVA – a respectiva admissibilidade.

De notar, de igual modo, as vantagens da transplantação de órgão proveniente de dador vivo, em termos de menor incidência e gravidade de episódios de rejeição do enxerto, com conseqüente menor morbidade associada ao procedimento e, traduzindo-se por taxas de maior sucesso em termos de sobrevivência de enxerto e/ou dador. Por outro lado, a legislação portuguesa não deixou de proteger o dador vivo, onerando o estabelecimento hospitalar onde ocorra a transplantação, mediante um regime de responsabilidade objectiva. Com esta medida, criou-se um mecanismo de incentivo à dádiva.

De considerar, também, a problemática de comércio e tráfico de órgãos, que surge no contexto da doação, suscitada pela liberalização da relação não parental, possível no par dador-receptor. Finalmente, saliente-se a cooperação, necessária e determinante, da sociedade civil, instituições de saúde e entidades de regulação pública para a promoção de melhores resultados.

## ABSTRACT

The practice of transplantation in Portugal, particularly organ transplantation, has been a common procedure with a long tradition at the National Health Service, standing at the forefront of the most recent scientific and technical achievements. Graft and / or receptor good survival results achievements, prompted to our prominence at the international scene. Concomitantly, we are among the countries with the highest organ donation rate per million inhabitants. Such a good performance is, undoubtedly, a consequence of a long-established mechanism of presumption of consent, whenever a donation and collection of a the deceased donor organ is likely to occur. Derogation from the donation is only possible by means of registration during the lifetime of the putative donor, and through the registration of his will in the National Registry of No Donors - RENNDA.

Furthermore, the recent widening of the concept of death, authorizing harvesting in deceased donors in circulatory arrest, in addition to the traditional harvesting of donors in brain death, is an additional measure of great impact, to address the growing shortage of organs available for transplantation.

The scope of inter-living donation, in the case of donation of non-regenerable organs, when extended and consented to unrelated living donors, as occurs in our setting, although implying a close personal relationship with the receptor itself, was also very contributing to tackle the classic shortage of organ donors. In this matter, final decision on admissibility is under the strict ruling of the Entity for Verification of the Admissibility of the Harvest for Transplantation - “Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante” – EVA. One should recognize important advantages of organ transplantation from a living donor, in terms of lower incidence and severity of graft rejection episodes, and consequent lower morbidity associated with the procedure itself, and better graft and / or donor survival rates. Of note, is the Portuguese legislation concern in protecting the living donor, burdening the hospital, where the transplantation occurs, by means of an objective liability regime. This measure has created a mechanism to encourage donation. The problem of trade and trafficking in organs, should be considered in the context of the donation, that follows a non-parental relationship.

Finally, the necessary and decisive cooperation of the civil society, health institutions and public regulators is to be emphasized, in order to promote better overall results.

## SIGLAS E ABREVIATURAS

*Apud* – Do latim, citação indirecta, por ter sido já citado em...

**ASST** – Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação

**AVC** – Acidente vascular cerebral

**BFD** – Boletim da Faculdade de Direito

**BMJ** – Boletim do Ministério da Justiça

**C.C** – Código Civil Português

**CDHB** – Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina

**CE** – Conselho Europeu

**CEDACE** – Centro Nacional de dadores de células de medula óssea, estaminais ou de sangue do cordão

**Cfr.** – Confrontar

**CHUC** – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**CNECV** – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

**CRP** – Constituição da República Portuguesa

**EVA** – Entidade para a Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante

**HUC** – Hospital da Universidade de Coimbra

*idem* – Do latim, do mesmo autor

*in* – Do latim, em

**IPST, IP** – Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP

**LUSOCORD** – Banco público de sangue do cordão umbilical

**OPT** – Organização Portuguesa de Transplantação

**P.** – Página n.º

**PAF** – Polineuropatia amiloidótica familiar

**pmh** – Por milhão de habitante

**PNDRC** – Programa Nacional de Doação Renal Cruzada

**PP.** – Página x a y

**RENDA** – Registo Nacional de Não Dadores

**ss.** – Seguintes

**Vide** – Ver

**Vol.** – Volume

## ÍNDICE

GLOSSÁRIO .....	6
INTRODUÇÃO .....	7
1. A constituição e os direitos das pessoas: os direitos fundamentais e os direitos de personalidade em causa .....	9
1.1 Perspectiva constitucional.....	9
1.2. Os direitos de personalidade em geral .....	11
1.2.1 A tutela geral de personalidade e os direitos especiais de personalidade.....	13
1.2.2 Algumas observações quanto à titularidade, exercício e limitação voluntária dos direitos de personalidade .....	15
2. Reflexão ética .....	16
3. A definição do conceito de transplante.....	19
3.1 Espécies de transplantes.....	19
4. Breve referência mundial à história da transplantação .....	20
5. A História da Transplantação em Portugal .....	23
6. A actual realidade dos resultados da transplantação de órgãos em Portugal.....	25
7. Princípios gerais da regulamentação da transplantação em Portugal .....	26
8. A doação post mortem de órgãos, tecidos e células .....	28
8.1 Do modelo do consentimento informado ao consentimento presumido.....	28
8.2 Dador em morte cerebral .....	31
8.3 Dador em paragem circulatória (“coração parado”).....	33
9. A doação <i>inter vivos</i> de órgãos, tecidos e células.....	35
9.1 Admissibilidade .....	35
9.2 Corolário dos requisitos do transplante <i>inter vivos</i> .....	40
9.3 - A responsabilidade médica objectiva nos transplantes de órgãos e de tecidos em vida .....	41
CONCLUSÃO .....	43
BIBLIOGRAFIA .....	49
ANEXOS .....	52

## GLOSSÁRIO

<b>Células:</b>	células individuais ou um conjunto de células de origem humana, não ligadas entre si por qualquer tipo de tecido conjuntivo.
<b>Colheita:</b>	processo em que são recolhidos órgãos, tecidos e células de origem humana.
<b>Dádiva:</b>	qualquer doação de órgãos, tecidos e células de origem humana, destinados a aplicações no corpo humano.
<b>Dador:</b>	qualquer fonte humana, viva ou morta, de órgãos, tecidos e células de origem humana.
<b>Enxerto:</b>	designação genérica de órgão, tecido ou célula colhida ou transplantada.
<b>Órgão não regenerável:</b>	aquele que não se poderão reconstituir <i>in vivo</i> , uma vez retirados do organismo, em parte ou no seu todo.
<b>Órgão regenerável:</b>	aquele que se reconstituirá nas suas funções fisiológicas plenas, após ter sido retirada uma parte.
<b>Órgão:</b>	uma parte diferenciada e vital do corpo humano, constituída por vários tecidos, que mantém de modo largamente autónomo a sua estrutura, vascularização e capacidade de desenvolver funções fisiológicas, incluindo as partes de órgãos que tenham como função ser utilizadas para servir o mesmo objectivo que o órgão inteiro no corpo humano, mantendo as condições de estrutura e vascularização.
<b>Par dador-receptor:</b>	o candidato a receber um órgão e a pessoa ou pessoas que se propõe dar-lhe um órgão.
<b>Receptor:</b>	qualquer fonte humana viva, capaz de receber, órgãos, tecidos e células provenientes de dador da mesma espécie ou de outra.
<b>Tecido:</b>	todas as partes constitutivas do corpo humano formadas por células.

## INTRODUÇÃO

A transplantação de órgãos, tecidos ou células, constitui uma das mais importantes contribuições científicas da Humanidade, em prol do tratamento de muitas patologias que, doutro modo tratadas, levariam à morte e ao sofrimento prolongado dos doentes por elas afectados.

Se, por um lado, a transplantação se tem afirmado, ao longo das últimas décadas, cada vez mais, como paradigma da Medicina moderna, recorrendo ao conhecimento gerado nas ciências fundamentais e na sua translação para a prática médica, não deixa de ser verdade, também, que pelo alargamento das suas indicações, e condições em que se desenrola, tem gerado uma crescente complexidade da sua regulação em sede jurídica.

O progresso da ciência e, da prática médica tem vindo a aumentar o número de indicações para a transplantação, acarretando um crescente número de candidatos a esta modalidade terapêutica. Daqui decorre, uma compreensível escassez de órgãos disponíveis. Para responder a este desafio tem sido proposto um conjunto de soluções e alternativas técnicas credíveis o que, paralelamente, suscita a necessidade de sustentação, actualizada, pelo normativo jurídico-constitucional, que as legitimem e promovam.

Fica assim claro, a convocação de um papel activo, permanente e decisivo do legislador que, em paralelo, com o desenvolvimento técnico e científico, que suporta a transplantação e as suas diferentes modalidades, se vê confrontado com a regulação dos direitos e deveres, inerentes à dignidade da pessoa humana, aos demais direitos fundamentais do homem, às questões que se colocam à doação propriamente dita e, de todas as suas consequências, nos planos, cível e penal.

O corpo humano, por ser considerado um bem da vida ou da personalidade, é merecedor de tutela por parte do direito. A análise dos diversos direitos que possam estar em causa, neste âmbito, em coerência ou em conflito, implica que se tenha em consideração qual o tipo de transplante e qual a qualidade que o sujeito, ocupa no mesmo.

Importa, ainda, salientar que cabe, em permanência, aos institutos públicos reguladores da prática médica, no plano nacional como também, no plano internacional e/ou comunitário, o importante papel de estabelecer normas técnicas e de boas práticas, guias para a qualidade e segurança dos órgãos, tecidos ou células a transplantar e, normas éticas em questões relativas à colheita, armazenamento e transplantação.



Neste contexto, importa problematizar as soluções encontradas ou a desenvolver, tendentes à resolução da escassez de órgãos e à melhoria dos resultados clínicos, tendo em consideração o regime de consentimento presumido, há muito por nós adoptado, seja pelo alargamento e definição dos critérios de morte, aumentando desse modo o *pool* de dadores, ou pela implementação de um programa de transplantação com dador vivo, que inclua dadores não aparentados e os critérios para a sua admissibilidade. Importa, ainda, neste último caso, garantir um regime de protecção jurídica do dador por eventuais danos associados à doação.

Dever-se-á ter em linha de conta, a possibilidade concomitante, de comércio e tráfico de órgãos que, o alargamento da doação a todo e qualquer voluntário interessado possa suscitar e, conseqüentemente prever medidas que o impeçam.

Saliente-se o papel decisivo da cooperação interinstitucional, designadamente, envolvendo o legislador, as identidades de regulação pública, os profissionais de saúde, os doentes e as suas associações e, em última instância, a sociedade civil como um todo, para a resolução destes problemas e promoção de melhores resultados em saúde.

## **1. A constituição e os direitos das pessoas: os direitos fundamentais e os direitos de personalidade em causa**

O facto de se ser titular de direitos de personalidade decorre, como primeira consequência, da personalidade jurídica<sup>1</sup>, ou seja, e por outras palavras, é a personalidade jurídica que nos confere a prerrogativa de se ser titular autónomo, de direitos e obrigações jurídicas. Os direitos de personalidade encontram-se expressamente consagrados na Constituição da República Portuguesa e no Código Civil<sup>2</sup>.

Pretendemos, de uma forma não exaustiva, apresentar pequenas orientações constitucionais no âmbito da transplantação, explanando os direitos fundamentais que, geralmente, se invocam para a protecção do direito da pessoa viva, quer quando se encontre na posição de potencial dador poder dispor, antecipadamente, sobre o destino do seu cadáver, quer como do direito que lhe assiste de poder dispor, em vida, de elementos constituintes do seu corpo.

Procuraremos, também, evidenciar a protecção que o Direito Civil confere à pessoa humana, através da tutela dos direitos de personalidade, fazendo uma referência introdutória aos direitos de personalidade em geral e, mostrando a nossa posição quanto à coexistência, no ordenamento jurídico, de direitos especiais de personalidade.

### **1.1 Perspectiva constitucional**

É no princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado no artigo n.º 1º da Constituição da República Portuguesa<sup>3</sup>, que se sustenta o direito de a pessoa viva poder dispor<sup>4</sup> sobre o seu corpo, para efeitos de colheita de órgãos e tecidos, no âmbito da transplantação. Essencialmente, o que está em causa é o chamado direito de autodeterminação, sendo que

---

<sup>1</sup> Encontra-se regulada nos artigos n.º 66º a 69º do Código Civil. Não se afigurando ser esse o objeto do nosso trabalho, não entraremos em pormenores acerca desta matéria. Afirmamos, contudo, que “A personalidade se adquire no momento do nascimento completo e com vida.” Mais ainda, que “A personalidade cessa com a morte.”, respectivamente, n.º 1 do artigo n.º 66º e 68º do Código Civil.

<sup>2</sup> Sendo esses os domínios mais apropriados para os “definir”, como veremos, mais à frente, no nosso trabalho.

<sup>3</sup> Doravante designada por CRP.

<sup>4</sup> Fala-se da dimensão activa do direito à integridade física.

este não é mais do que uma concretização do direito geral de personalidade<sup>5</sup> e, vê-se constitucionalmente “espelhado” no princípio da dignidade da pessoa humana. Mais concretamente, pretendemos com isto evidenciar a liberdade ética<sup>6</sup> que cada homem enquanto ser vivo tem, e que sustenta que possa dispor livremente do direito de, poder ou não, objectar à colheita de órgãos no seu corpo enquanto vivo ou já enquanto cadáver<sup>7</sup>. Existe assim, um ónus que a lei faz recair sobre cada cidadão, no sentido de o convocar para que tome, em vida, as providências necessárias para que a sua posição quanto à colheita, seja devida e, oportunamente conhecida.

Perante a cultura do Estado de Direito, cuja matriz gira em torno da dignidade da pessoa humana, importa salientar, para uma melhor compreensão do universo em análise que, de acordo com a sistemática legal encontram-se, entre outros, constitucionalmente garantidos<sup>8</sup>, a todos os cidadãos, o direito à vida<sup>9</sup>, o direito à integridade física e moral<sup>10</sup>, que consiste, antes de tudo mais, num direito a não ser agredido ou ofendido no corpo ou no espírito, por meios físicos ou morais, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, o direito à reserva da intimidade da vida privada<sup>11</sup>, o direito à protecção da dignidade pessoal na “(...) criação, desenvolvimento e utilização das tecnologias e na experimentação científica.”<sup>12</sup>.

Em termos práticos e, de uma forma sucinta, no contexto dos sujeitos envolvidos no acto de transplantação - dador-receptor, podemos assinalar que, de base constitucional, encontramos como comum a esse par, o direito ao consentimento informado - que radica no princípio da autodeterminação e, no respeito pela integridade física e moral de cada um

---

<sup>5</sup> Discute-se no capítulo seguinte do nosso trabalho uma maior, e mais específica, concretização da existência, ou não, de um direito geral de personalidade no nosso ordenamento jurídico.

<sup>6</sup> No entendimento de Nuno Pinto de Oliveira, o facto de uma pessoa ter o direito de dispor sobre o destino do seu corpo em vida ou do seu cadáver, à *posteriori*, mais não é que um direito de autodeterminação bioética, sendo suas as seguintes palavras: “(...) direito de auto-determinação ético-existencial nas decisões sobre a vida e a morte, por exemplo, sobre o aborto, sobre a eutanásia ou sobre a dádiva de órgãos ou tecidos. Este direito funda-se nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana (art. 1º da CRP) e no direito ao livre desenvolvimento da personalidade (art. 26º, nº 1 da CRP).” - “Autonomia, Dignidade e Transplantação de Órgãos”, *in*, Pessoas Transparentes: Questões actuais de Bioética, Coimbra, Almedina, 2010, pp. 123-124.

<sup>7</sup> É assim reconhecida dignidade constitucional, ao direito de a pessoa se opor à utilização do seu próprio cadáver para efeitos de recolha de tecidos ou órgãos, pelo que é dada em vida a possibilidade de escolha mediante a inscrição no Registo Nacional de Não Dadores. A seu tempo desenvolveremos com maior amplitude este tema.

<sup>8</sup> Claro está, que são inúmeros os direitos fundamentais plasmados na Constituição mas, dado o âmbito do nosso trabalho, apenas nos cingiremos a alguns cuja relevância nos mereceu ser de considerar neste caso.

<sup>9</sup> Cfr. o artigo n.º 24º da CRP.

<sup>10</sup> Cfr. o artigo n.º 25º da CRP.

<sup>11</sup> Cfr. o n.º 1 do artigo n.º 26º da CRP.

<sup>12</sup> Cfr. o n.º 3 do artigo n.º 26º da CRP.

– e o direito ao sigilo médico – que assenta no respeito pela reserva da intimidade da vida privada e familiar. Por sua vez, na óptica do receptor, a protecção constitucional assenta, essencialmente, no direito à saúde<sup>13</sup> - artigo n.º 64º da CRP - e, no direito à vida – artigo n.º 24º da CRP.<sup>14</sup>

No caso de transplantações que provenham, eventualmente, de origem animal, a questão constitucional que possa vir a ser levantada e, por isso possa vir a impor limites à recolha de órgãos e tecidos de tal espécie, prende-se com o direito ao ambiente – artigo n.º 66º da CRP – por exemplo, no caso de espécies em perigo de extinção.

## 1.2. Os direitos de personalidade em geral

A vida em sociedade, que implica uma teia complexa de relações jurídicas, tem como elemento central a pessoa humana que, como sabemos, é o fundamento do Direito Civil, o direito das pessoas.<sup>15</sup> Assim sendo, a pessoa humana é para o Direito um *prius*. Por essa razão, não espanta que “a pessoa humana deve ser o centro das preocupações dos juristas”<sup>16</sup> pelo que, o Direito Civil surgiu com a tarefa de colocar à disposição da pessoa os meios de tutela jurídica que a protejam, contra qualquer ofensa ou tentativa de ofensa à sua “personalidade física ou moral”<sup>17</sup> remetendo-nos, assim, para a doutrina dos direitos de personalidade.

A tutela geral da personalidade, que vem consagrada no artigo n.º 70º do Código Civil, protege a pessoa humana na sua globalidade, isto é, reporta-se a uma dupla dimensão: o eu

---

<sup>13</sup> João Loureiro *in* Colóquio Interdisciplinar, 1993, Transplantações: um olhar constitucional - onde se pode, e se deve, ler: “(...) é ainda, titular do direito à saúde na sua dimensão prestacional o que implica que os poderes públicos, sob reserva do possível, criem um sistema eficiente de transplantações, estruturado segundo o princípio da igualdade.”.

<sup>14</sup> Não deixemos cair no esquecimento que, o beneficiário tem para além do direito à vida, simultaneamente e também, o importante direito à recusa de tratamento, mesmo que isso implique a sua morte. Este direito funda-se na liberdade de consciência e na liberdade religiosa, artigo n.º 41º da CRP e; no direito à integridade física e moral, n.º 1 do artigo n.º 25º da CRP.

<sup>15</sup> Hoje, a todos os Homens é reconhecido a dignidade da pessoa humana.

<sup>16</sup> Paulo Mota Pinto – “O direito à reserva sobre a intimidade da vida privada”, BFD, Vol. LXIX, 1993, p. 480.

<sup>17</sup> A expressão “física ou moral” transposta para o nosso Código Civil no artigo n.º 70º/1 *in fine* ficou-se a dever a Manuel de Andrade – “Esboço de um Anteprojecto de Código das Pessoas e da Família, Parte relativa ao começo e termo da personalidade jurídicas, aos direitos de personalidade e ao domicílio”, BMJ, 102º, p. 155 ss. - que, no artigo n.º 6º/1 do seu Esboço propunha que “a lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa à sua personalidade” mas, em nota de rodapé, sugeria que a esta fosse acrescentar os qualificativos “física ou moral”. *Apud*, André Gonçalo Dias Pereira, Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, Dissertação de Doutoramento em Ciências Jurídico-Civilísticas, Coimbra, Dezembro, 2012.

pessoal que impõe, que exige ao ordenamento jurídico valores como, a liberdade e a igualdade, assentes numa ideia de reciprocidade e, o eu social, que comporta valores de solidariedade e de coresponsabilidade.

O homem precisa de viver e interagir em comunidade relacionando-se com os outros, por forma a reter referências e exercitar valores axiológicos. Sendo certo, que nos aproximamos uns dos outros por aquilo que temos em comum, não menos verdade, é afirmar que para satisfazermos as nossas necessidades básicas nos aproximamos pela diferença.

O equilíbrio axiológico, enquanto satisfação de uma teoria do valor, traduz-se na modulação e plasticidade da autonomia individual com a integração em comunidade. Por outras palavras, a justiça alcançar-se-á com a integração do eu pessoal na própria comunidade. No dizer de Hegel<sup>18</sup>: “o imperativo do direito é portanto: sê uma pessoa e respeita os outros como pessoas.”

Os direitos de personalidade que, só no século XIX, se afirmaram no direito privado como categoria autónoma, caracterizam-se por serem: a) subjectivos, ao incidirem sobre a própria pessoa ou sobre modos de ser, consubstanciando-se em manifestações da sua personalidade; b) gerais, isto é, a titularidade não está ligada a um grupo, classe ou categoria específica dos homens sendo deles titulares todos os seres humanos<sup>19</sup>; c) absolutos, pois que, se não lhes contrapõe um dever jurídico de pessoas determinadas, mas antes uma obrigação de respeito que se impõe a todo e qualquer membro da sociedade (um dever de abstenção dotado de uma eficácia *erga omnes*), em que à medida que o seu titular exerce o direito está, em simultâneo, a afastar intromissões de outros; d) pessoais, pois estão directa e incindivelmente ligados à pessoa do seu titular, não sendo por isso transmissíveis; e) indisponíveis, em geral, não sendo alienáveis ou renunciáveis, embora o seu titular possa em certa medida consentir na sua limitação; f) em regra, considerados

---

<sup>18</sup> Princípios de filosofia do direito, Lisboa, s.d., trad. de Orlando Vitorino, § 36 – *apud*, Paulo Mota Pinto – “O direito à reserva sobre a intimidade da vida privada”, BFD, Vol. LXIX, 1993, nota 2, p.479.

<sup>19</sup> Questiona-se, se os direitos de personalidade só dizem respeito às pessoas singulares. De facto o artigo n.º 70º/1 do Código Civil encontra-se, do ponto de vista sistemático, num capítulo respeitante às pessoas singulares, fazendo referencia aos indivíduos enquanto pessoas com uma individualidade fisio-psíquica. Contudo, há quem entenda que “esses argumentos não obstam decisivamente à extensão dos preceitos referentes aos direitos de personalidade às pessoas colectivas, na medida em que estes não sejam “inseparáveis da personalidade singular” (ver o artigo 160.º, n.º1 do Código Civil).” - Paulo Mota Pinto – “O direito à reserva sobre a intimidade da vida privada”, BFD, Vol. LXIX, 1993, p.501.

direitos fundamentais<sup>20</sup> e por isso, merecedores de tutela constitucional - artigo n.º 18º/1 da Constituição da República Portuguesa<sup>21</sup>. De notar que, na maioria dos casos, os direitos de personalidade tutelam bens que são protegidos penalmente.

### 1.2.1 A tutela geral de personalidade e os direitos especiais de personalidade

A tese dominante em Portugal, na qual se enquadra a doutrina Coimbrã, reconhece ao artigo n.º 70º do Código Civil<sup>22</sup>, um verdadeiro direito geral de personalidade, um “direito-quadro” ou “direito-fonte”<sup>23</sup>, tendo um amplo âmbito de tutela, podendo dele emanar uma pluralidade de direitos singulares de personalidade, relativamente autónomos, subsistindo ou coexistindo ao seu lado - os chamados direitos especiais da personalidade. Estes, são concretizações do direito geral, formas descentralizadas de tutela jurídica da personalidade, previstos nos artigos n.º 72º e seguintes<sup>24</sup>. Assim sendo, quando for lesado um direito especial de personalidade, reconhecido e delimitado pela ordem jurídica – a reserva sobre a intimidade da vida privada, artigo n.º 80º - não será necessário recorrer ao direito geral pois que, este funciona em *ultima ratio* no caso de insuficiência da tutela apresentada pelos direitos especiais<sup>25</sup>. Não pretendemos defender uma ideia de carácter taxativo ou de *numerus clausus* uma vez que, quando nos reportamos a direitos especiais de personalidade, devemos estar sempre “abertos” à emergência de outras novas manifestações da personalidade, recusando a limitação às já tipificadas na lei. Reportamo-nos a manifestações ligadas à nota do eu-pessoal e do eu-social, que emanam dos valores

---

<sup>20</sup> A partir da reforma de 76 a Constituição alargou o “leque” a um maior número de direitos de personalidade, reforçando as garantias jurídico-constitucionais. Por exemplo, no artigo n.º 26º da actual Constituição está consagrado o direito à reserva da intimidade da vida privada e familiar, direito da personalidade fundamental não previsto na Constituição de 33. Ao haver uma correspondência entre um direito de personalidade e um direito fundamental não significa, necessariamente, que haja uma assimilação pois, mantendo-se como categorias jurídicas autónomas, com uma função e âmbito distintos, em cada um dos planos em que se inserem. Mas, atenção que “(...) nem a todos os direitos de personalidade ou nem a todas as faculdade jurídicas desses direitos correspondem direitos fundamentais.” e mais, “(...) há direitos fundamentais que, por não terem como objeto tutelado diretamente a personalidade humana, não se traduzem, ao nível juscivilístico ou nem sequer no plano da garantia juspublicista, em direitos de personalidade. É, nomeadamente, o caso da garantia de acesso ao direito e aos tribunais (art. 20.º Const.) (...)” – Rabindranath Capelo de Sousa, *O Direito Geral da Personalidade*, Coimbra Editora, 2011, p. 584 e 585.

<sup>21</sup> Doravante designada por: CRP.

<sup>22</sup> De agora em diante, sempre que se indique apenas o número de um artigo, queremos com isso aludir aos artigos previstos no Código Civil Português.

<sup>23</sup> Há quem considere que o próprio direito à honra pode, também, ser qualificado como um “direito-fonte”.

<sup>24</sup> De aqui para a frente designado por: ss.

<sup>25</sup> Estes direitos podem estar tipificados legalmente ou não, assim, entre nós, o direito à vida e à integridade física.

de liberdade/igualdade e de responsabilidade/solidariedade. Falamos de manifestações duradouras, reiteradas e, não de simples manifestações que surjam por “modas”.

A ideia de articular o direito geral de personalidade, artigo n.º 70º, com os demais direitos especiais de personalidade, artigo n.º 72º e ss., deve-se a uma opção legislativa. De notar, que no ordenamento jurídico Alemão e Italiano, não se consagra um artigo de tutela geral como no nosso caso, limitando-se a ter vários direitos especiais de personalidade tipificados pela lei. Claro está, que um direito com uma amplitude tão grande pode acabar por causar uma certa abstracção mas, o facto de não existir um referencial comum, um direito comum, tal como é o nosso direito geral de personalidade, poderá tornar-se desvantajoso, no sentido de haver uma fragmentação da própria personalidade nos diversos direitos especiais.

Ainda, no que concerne à tutela geral da personalidade, atente-se na letra da lei do artigo n.º 70º/1: “(...) contra qualquer ofensa ilícita (...)”. Aqui, deparamos com um problema de indeterminação do objecto, não podendo por isso afirmar que estejamos perante um concreto direito subjectivo absoluto. A referência a uma ofensa ilícita deverá ser analisada de acordo com o artigo n.º 483º - a responsabilidade por factos ilícitos – em abono do apuramento da ofensa ou de sua ameaça. Assim e, através desta metodologia interpretativa, conseguiremos delimitar o âmbito da norma, determinando o direito susceptível de concretude.

As formas possíveis de tutela da personalidade no nosso ordenamento jurídico, contempladas no artigo n.º 70º/2<sup>26</sup> incluem: a responsabilidade civil, medidas preventivas, que visam evitar a ameaça e/ou consumação do ilícito e ainda, medidas atenuativas, ou seja, que actuam após a verificação do ilícito com o fim de minimizar os seus efeitos.

Em concretização, os direitos de personalidade e a sua tutela, consagrada no Código Civil Português, na sua essência, comprometem a vida em sociedade com as relações jurídicas em que a pessoa humana, na sua dupla dimensão, o eu pessoal e o eu social e se afirmam nos valores da liberdade e igualdade, no primeiro caso e, da solidariedade e da coresponsabilidade, no outro. Esta postura, simultaneamente, ética e formal, tem uma tradução, particularmente relevante, não só no direito-fonte – o direito geral de personalidade como também, em direitos singulares autónomos, que coexistem ao seu lado

---

<sup>26</sup> Para que tais medidas sejam aplicadas basta que ocorra o ilícito, independentemente da averiguação da culpa. O legislador aprecia, neste âmbito, a ilicitude na observância de danos, não ficando à espera de aspectos relacionados com a conduta do agente, com a culpa.

e designados como direitos especiais de personalidade. Estes últimos, no essencial, são formas descentralizadas de tutela jurídica, articuladas, por opção legislativa, com o primeiro, gozando do privilégio de não estarem limitadas, nem temporalmente nem materialmente, num devir de novas manifestações da personalidade que, se justificadas, se somarão aos demais já contemplados.

Exposto isto, fica claro que a matéria versada, ainda que sucintamente, põe em evidência, primordialmente, a protecção do Direito Civil à pessoa humana, desígnio essencial da vida em sociedade.

### **1.2.2 Algumas observações quanto à titularidade, exercício e limitação voluntária dos direitos de personalidade**

Os incapazes gozam, obviamente, de direitos de personalidade. Contudo, para o exercício de defesa de tais direitos, os menores e os interditos, terão de ser representados de acordo com os princípios gerais para o suprimento de incapacidades de exercício. Por sua vez, por regra, o problema não se colocará para os inabilitados, uma vez que estes têm capacidade geral para a prática de actos pessoais.

Relativamente à tutela *post mortem*, admite-se que a protecção da personalidade se estenda para além da morte, de acordo com o estatuído no artigo n.º 71º/1 – ofensa a pessoas já falecidas. O fundamento é de que os interesses que determinavam a tutela em vida não cessam *ex abrupto* com o falecimento do seu titular embora, não se esteja com isto a defender que, os direitos de personalidade do falecido subsistem para além da sua morte.<sup>27</sup>

No n.º 2 do mesmo artigo, definem-se as pessoas com legitimidade para o fazer: “o cônjuge sobrevivente ou qualquer descendente, ascendente, irmão, sobrinho ou herdeiro do falecido.”. Fazem-no a título sucessório, isto é, actuando judicialmente no interesse do falecido, ou a título próprio, em defesa dos que cá ficaram.

Apesar de ser característico dos direitos de personalidade a sua indisponibilidade, a verdade é que o seu titular, em certa medida, pode proceder à sua limitação. Assim, quanto

---

<sup>27</sup> Deparamo-nos com uma querela doutrinal relativamente à razão que subjaz ao artigo n.º 71º. Segundo Pires de Lima e Antunes Varela, a regra do artigo mencionado constitui um desvio à cessação da personalidade jurídica com a morte, prolongando-se esta quanto aos direitos de personalidade do falecido, sendo que as pessoas indicadas na norma agiriam como substitutos processuais. Contudo, por não ser este o objeto da nossa exposição, consideramos que um maior aprofundamento nesta matéria seria estar a transcender os limites do nosso trabalho.



às limitações voluntárias<sup>28</sup>, aceita-se no artigo n.º 81º que a pessoa limite, quando legal<sup>29</sup>, o exercício de um direito de personalidade, assim como se exige que essa limitação seja revogável a todo o tempo<sup>30</sup>, ainda que com a obrigação de indemnizar os prejuízos causados às legítimas expectativas da outra parte<sup>31</sup>. Convém referir, que o efeito revogatório não se encontra dependente da satisfação da indemnização pois que, o interesse pessoal do titular do direito, deve prevalecer sobre o interesse patrimonial da contraparte.

## **2. Reflexão ética**

O exercício da Medicina é, indubitável e necessariamente, sustentado pela validação científica das suas intervenções, concomitantemente, balizadas pelos princípios bioéticos e, enquadrados pelo cumprimento dos direitos fundamentais e da personalidade, previstos na Constituição e no Código Civil.

A bioética, entendida como o conjunto de preocupações, princípios, discursos e práticas, decorre da necessidade de prevenir, e denunciar, o abuso da experimentação em seres humanos, fazer respeitar os referenciais culturais, filosóficos, hipocráticos, e até religiosos, tantas vezes postos em causa com o avanço tecnológico e, suas putativas práticas.

São quatro os princípios fundamentais da bioética: o princípio da autonomia ou princípio da liberdade, que consagra o respeito pelas escolhas e decisões autónomas e livres da pessoa, assegurando que essas decisões sejam tomadas de forma intencional, sem influências e, compreendidas pelo próprio; o princípio da beneficência que postula a obrigação de promover positivamente o bem, prevenir e remover o mal; o princípio da não maleficência, que implica a exigência de não fazer mal a outrem, com o procedimento a executar, designadamente, não causar alterações físicas negativas, como a dor, a doença, as incapacidades duradoiras ou permanentes ou até mesmo a morte; o princípio da justiça, do qual emana a preocupação da distribuição justa do bem, face aos recursos disponíveis e às carências conhecidas.

---

<sup>28</sup> Por se tratar de direitos que tutelam bens pessoais, no caso de o menor já ter maturidade suficiente, exige-se também o seu consentimento para que se proceda à limitação do direito.

<sup>29</sup> Impõe-se que seja sempre observado o limite das exigências de ordem pública.

<sup>30</sup> Razão pela qual não se fala em disposição dos direitos de personalidade.

<sup>31</sup> Expectativas formadas a partir do consentimento para a limitação aos direitos de personalidade.

A estes princípios, acrescem outros, não menos importantes mas, mais específicos do acto da doação, colheita e transplantação: o princípio da autonomia que impõe que a colheita de tecidos ou órgãos tem de passar pelo consentimento do dador e do receptor; o princípio da confidencialidade, que garante a cada indivíduo a capacidade de decidir qual a informação sua, que quer manter em anonimato; o princípio da gratuidade, que assegura que o órgão ou tecido apenas poderá ser dado e nunca vendido, uma vez que este não é um objecto manipulável, mas é antes algo dotado de individualidade própria; o princípio da não discriminação que determina que a seleção dos receptores só pode ser feita mediante critérios médicos, excluindo critérios sociais, religiosos ou de qualquer outra natureza; o princípio da totalidade que assegura que sendo o corpo um todo, cada parte do mesmo deve ser avaliada de acordo com o todo e, nesse contexto, permitindo que cada parte, membro, órgão ou função, seja sacrificada em prol do todo, desde que isso configure o bem estar a todo o organismo.

A transplantação visa prolongar o tempo e a qualidade de vida do receptor. Nos dias de hoje, um dos limites ético-formais com que a transplantação se confronta advém da enorme escassez de órgãos disponíveis para transplante. Quanto mais se alargam as indicações para a transplantação e, se consolidam as boas taxas de sobrevivência de enxerto e/ou receptor, tanto mais será de esperar esta falta de órgãos disponíveis para transplante. Tudo isto, em consequência dos bons resultados, em termos de sobrevivência do enxerto e/ou do hospedeiro receptor, obtidos nos últimos anos com a melhoria das técnicas cirúrgicas, conhecimentos da biologia e imunologia, manejo de terapêuticas imunossupressoras para controlo da rejeição. Para tal escassez contribuí também o alargamento das indicações para a transplantação, em paralelo, com uma crescente incidência da falência de funcionamento de órgãos vitais, na população em geral. Em consequência, o número de doentes que se encontram em listas de espera de um órgão para transplante continua, significativamente, a aumentar, crescendo, também e inexoravelmente, o número de doentes que vêm a falecer sem terem beneficiado da transplantação pois que, a transplantação implica a substituição de um órgão no receptor num processo de falência acelerado e irreversível, em risco eminente de deixar de funcionar.

Impôs-se na actualidade o desafio de delinear de estratégias, as melhores e mais eficazes estratégias, para a promoção da doação de órgãos com vista ao aumento do seu número

disponível. Mais que um desafio, tratava-se de uma prioridade. Os resultados não se fizeram esperar e, numa reacção a esta insuficiência e desequilíbrio entre a oferta e a procura de órgãos para transplante, apareceram contribuições de carácter técnico-científico e jurídico, que resultaram na enunciação dos critérios de averiguação de morte cerebral e no estabelecimento das normas clinico-legais que a determinam, conseguindo agilizar e desburocratizar o procedimento da colheita. Outra importante consequência desta estratégia concretizou-se na implementação de programas de dadores, não só em morte cerebral como também, em paragem circulatória, como adiante será discutido

Em paralelo, a transplantação de órgãos provenientes de dador vivo tem-se vindo a desenvolver em muitos países, designadamente, entre nós, afirmando-se como uma solução com consideráveis benefícios para o receptor, pelos esperados bons resultados da técnica, em termos de sobrevivência de enxerto e/ou receptor e, pela muito baixa comorbilidade verificada no dador, colmatando e contornando, se exequível, a aleatória disponibilidade do órgão a transplantar quando proveniente de dador falecido.

O reconhecimento factual do prolongamento da sobrevivência e, da melhoria objectiva da qualidade de vida do doente transplantado, da criança ao idoso, passando pelo adulto jovem, determina, em simultâneo, uma significativa redução dos custos em saúde, associados à terapêutica das patologias de base, implicando a motivação ético-formal para o aumento do número de órgãos disponíveis, e alocá-los para os doentes que deles mais precisem, com base num raciocínio e decisão de base científica e ética onde imperem regras claras e verificáveis, no respeito pelo princípio da justiça distributiva.

Gostaríamos de salientar, que o progresso dos conhecimentos científicos tem possibilitado enormes avanços no processamento e engenharia de tecidos, exploração do potencial terapêutico e regenerativo das células progenitoras estaminais (*stem cell*), e até da xenotransplantação. Em breve, assistiremos à proposta sustentada pela evidência médica e científica destas modalidades terapêuticas emergentes, nos doentes com falência de órgão vital, o que implicará que do ponto de vista ético e jurídico virão a ser, também, objecto de reflexão e ordenamento.

Estamos pois, perante uma contextualização ética, que se impõe num largo domínio e, que terá, em abono da promoção da maior acessibilidade e beneficência, como anteriormente dissémos, que cumprir em, simultâneo, com o princípio da autonomia e com o princípio de

solidariedade. É, em concreto, no respeito por este cumprimento que encontramos o fundamento que legitima a doação em vida, tema primordial da nossa dissertação.

### **3. A definição do conceito de transplante**

O termo “Transplantação” tem a sua origem na Botânica, significando o acto e, a sua consequência, de transplantar - tirar de um sítio e plantar noutro. Numa perspectiva médica, a transplantação consiste no acto de colher um órgão, tecido ou células, de um indivíduo – o dador, e implantá-lo noutro indivíduo – o receptor, (transplante alogénico ou heteroplástico) e, que no caso de se tratar de tecidos ou de células, poderá ser feito no próprio dador (transplante autólogo, autogénico ou autoplástico). O termo de transplantação heteróloga ou xenotransplantação aplica-se se o transplante que envolve órgãos ou tecidos entre indivíduos de espécies diferentes.

O objetivo primordial da transplantação implica, muitas vezes, a imperiosa correcção de uma função vital em falência grave, irreversível e, acelerada. Noutros casos, ainda que não esteja em causa a sobrevivência do receptor deverá, também, ter como objetivo cumprir com o princípio do benefício inquestionável do acto, para o receptor. A transplantação, ao envolver actos médico-cirúrgicos no corpo humano, está obrigada ao respeito de princípios éticos, normas jurídicas e, de boas práticas procedimentais, nesta dissertação apresentados e discutidos, noutro sítio apropriado.

#### **3.1 Espécies de transplantes**

De acordo com os subtipos de transplantações podemos considerar diferentes taxonomias: Autotransplante, transplante autólogo, autogénico ou autoplástico: transferência de tecidos ou células do mesmo organismo, de um lugar para outro. Neste caso, o dador e o receptor são a mesma pessoa. Como exemplo, citamos, entre outros: a realização de um enxerto de pele retirado da perna para o braço (retalho cutâneo); o transplante de células progenitoras hematopoiéticas (tipo de transplante de progenitores de medula óssea).

Transplante homólogo, alogénico ou heteroplástico: Transplantação de órgãos, tecidos ou células de um indivíduo para outro, dentro da mesma espécie. O dador e o receptor são

ambos seres humanos, mas não são a mesma pessoa. Dentro desta tipologia, devemos considerar, o transplante *ex vivo*, quando se trata de um transplante de órgãos, tecidos ou células, de uma pessoa viva para outra e, o transplante *ex mortuo*, quando se trata de um transplante de órgãos, de uma pessoa falecida para uma pessoa viva.

Como exemplo deste tipo de transplantes, os mais vezes praticados, mencionamos: os de rim, de coração, de fígado, de pulmão, de pâncreas, de intestino, de osso, de córnea, de medula óssea.

Podemos também considerar a transplantação de órgãos de um ser que não chegou a ter vida<sup>32</sup> – feto, nado morto – para uma pessoa viva.

Transplante heterólogo ou xenotransplante: transplantação entre indivíduos de espécies diferentes - de um ser de origem animal para um ser humano. Demos nota de que a transplantação de órgãos provenientes de animais não tem tido muito sucesso. Contudo, no que concerne ao xenotransplante de tecidos, destaquemos os bons resultados da transplantação de válvulas de coração de porco para o ser humano, constituindo-se como prática corrente na terapêutica da patologia valvular cardíaca.

#### **4. Breve referência mundial à história da transplantação**

A história da transplantação encontra-se repleta de marcos históricos e é alvo de inúmeros relatos. O primeiro transplante que se conhece<sup>33</sup> encontra-se imortalizado pelo quadro de Fra Angélico<sup>34</sup> que, representa a intervenção lendária dos Santos Cosme e Damião<sup>35</sup>, médicos medievais com fama de curas milagrosas. Estes, ao terem sido confrontados com

---

<sup>32</sup> Com o devido respeito e reconhecimento das mais variadas teorias à cerca do início e fim de vida. Veja-se neste sentido, Rabindranath Capelo de Sousa, Teoria Geral do Direito Civil, Vol. I, Coimbra Editora, 2003.

<sup>33</sup> Ocorreu “(...) algures na Sicília, no século III.” – Transplantações, Colóquio Interdisciplinar (25 de Março de 1993), p. 13, in Publicações do Centro de Direito Biomédico da Faculdade De Direito da Universidade de Coimbra, n.º 3.

<sup>34</sup> Pintor italiano, de seu nome Giovanni da Fiesole, mais conhecido por Fra Angelico, beatificado pela Igreja Católica, nascido em 1395 em Vicchio di Mugello, Itália, tendo vindo posteriormente a falecer a 18 de Fevereiro de 1455 em Roma, Itália. A obra que materializa este feito encontra-se exposta no museu de San Marco, em Florença.

<sup>35</sup> Irmãos gémeos, árabes, estudaram medicina na Síria e exerceram-na sem retribuição pecuniária tendo sido por isso chamados de “anárgiros”, ou seja, aqueles que são inimigos do dinheiro, que não são comprados por dinheiro.

a amputação de uma perna de um sacristão<sup>36</sup> que padecia de gangrena, propuseram-lhe em sua substituição a de um cadáver e, segundo reza a lenda, no cemitério local, só estava disponível o cadáver de um soldado negro etíope. À data, não se levantavam, obviamente, quaisquer questões no campo da histocompatibilidade, nem quaisquer problemas raciais, pelo que os ilustres patronos da Medicina retiraram a perna do cadáver negro e colocaram-na no doente, tendo-se realizado assim a troca do membro inferior com êxito.

Remontam aos séculos XV-XVI as primeiras utilizações de tecidos provenientes de pessoas e animais, mal sucedidas, em consequência da utilização de um conjunto de procedimentos primitivos, compreensivelmente, geradores, entre outras implicações, de graves infecções.

O termo “transplante” foi utilizado pela primeira vez pelo cirurgião John Hunter<sup>37</sup>, em 1771, aquando de um transplante de dentes de um indivíduo para outro.

O transplante de órgãos não vitais<sup>38</sup> aumentou significativamente no século XX. Os enxertos de pele iniciaram-se no fim dos anos 20, como medida paliativa nos casos de queimaduras. Os primeiros transplantes de córnea começaram em 1905, tendo a sua prática sido consolidada a partir de 1944, com a inauguração do primeiro banco de olhos mundial, no Hospital Manhattan de Olhos, Ouvidos e Garganta nos Estados Unidos da América<sup>39</sup>.

A era moderna dos transplantes iniciou-se na década de 50, com o transplante de órgãos não regeneráveis<sup>40</sup>.

Para tal contribuíram significativamente os cirurgiões Aléxis Carrel, Prémio Nobel de 1912 e, Charles Guthrie por terem desenvolvido técnicas de anastomose vascular, indispensáveis à implantação do órgão a transplantar. Posteriormente, foi efectuado com êxito o primeiro transplante de rim num cão, por Emmerich Ullmann, tendo sido possível manter o enxerto em funcionamento durante uma semana mas, que ao falhar depois, pôs em evidência o problema da rejeição e da incompatibilidade genética do procedimento.

Adivinhava-se o advento da Imunologia, protagonizado por Peter Medawar, ganhador do Prémio Nobel em 1960, contribuindo, decisivamente, para o sucesso da transplantação ao interpretar os fenómenos de imunomediação pela acção de anticorpos e células

---

<sup>36</sup> Diácono Giustiniano. O termo “diácono” do grego antigo “ministro”, “servo”, “ajudante” é aplicado aos clérigos de igrejas de origem cristã.

<sup>37</sup> Cirurgião, de nacionalidade Escocesa, que praticou o exercício da medicina em Londres.

<sup>38</sup> Entenda-se por órgãos não vitais, todos aqueles de que a vida não depende. Tenha-se como exemplo, a pele, os dentes, os ossos, a córnea, o baço, o estômago, o apêndice, os órgãos reprodutores.

<sup>39</sup> Doravante designados por EUA.

<sup>40</sup> Aqueles que não se poderão reconstituir *in vivo* uma vez retirados do organismo, em parte ou no seu todo.

imunocompetentes. Estavam assim dados os primeiros passos da componente de terapêutica médica da transplantação, levando à instituição dos protocolos de imunossupressão, com o objectivo de permitir a tolerância ao enxerto transplantado, modulando a imunidade humoral e celular a ele associadas.

Destaquem-se os marcos históricos da transplantação que lhes foram contemporâneos: o primeiro transplante de rim que teve lugar em 1954, em Boston, quando os cirurgiões Joseph Murray e David Hume extraíram um rim, de um gêmeo verdadeiro, para implementá-lo no corpo do irmão, tendo este último sobrevivido 8 anos após a cirurgia; o primeiro transplante de medula óssea, que ocorreu em 1956 nos EUA; o primeiro transplante hepático levado a cabo em 1963, por Starzl, também nos EUA; o primeiro transplante de pulmão por James Hardy, nesse mesmo ano e país; o primeiro transplante do pâncreas, em 1966, executado por Richard Lillehei e Kelley em Mineapolis; o primeiro transplante de coração realizado em 1967, por Christian Barnard em Capetown, na República Sul-Africana.

Tecnicamente, a história da transplantação ficaria muito incompleta e imprecisa, se não referíssemos o desenvolvimento continuado de novos fármacos imunomoduladores (ciclosporina, tacrolimus, entre outros), que muito têm contribuído para contornar com sucesso o processo da rejeição apresentando-se, progressivamente, com maior eficácia e menor toxicidade.

Destaque-se também, o papel relevante das técnicas de colheita e preservação dos órgãos e tecidos e, o advento de novos antibióticos, antifúngicos e antivirais, capazes de proteger e tratar o doente imunodeprimido ou em rejeição, das mais variadas e graves infecções nosocomiais diminuindo, radicalmente, a morbimortalidade associada ao procedimento, e contribuindo para taxas de sobrevivência de enxerto e/ou do receptor, nunca antes antecipadas.

Nos dias de hoje, podemos mesmo falar de uma verdadeira Medicina da Transplantação, de pendor multidisciplinar e translacional<sup>41</sup> que, felizmente, pelo seu papel bem sucedido e coordenado, tem sido geradora de notável incremento da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes transplantados.

No futuro próximo, é espectável que no âmbito de uma nova Medicina Regenerativa, se possam alargar os conceitos de transplantação para além dos órgãos sólidos, ou parte deles,

---

<sup>41</sup> A transferência do saber das ciências básicas para a aplicação prática na clínica - *“from the bench to the bedside”*.

transplantados em substituição dos seus equivalentes, lesados no receptor, e nos venhamos a confrontar, como uma nova realidade, a de utilização de células primordiais e estaminais progenitoras de órgãos sólidos não regeneráveis, para os reparar ou os fazer *de novo* nascer *in loco*.

## 5. A História da Transplantação em Portugal

A História da Transplantação em Portugal leva já quatro décadas de actividade contínua. Desde que foram realizados os primeiros transplantes com rim de cadáver, em Lisboa e em Coimbra, no ano de 1980, abriu-se caminho a uma actividade regular e organizada. Não podemos deixar de referir, na perspectiva histórica em apreço, o singular e relevante episódio que ocorreu a 20 de julho de 1969, no mesmo dia em que pela primeira vez um ser humano chegou à Lua, em que o Prof. Doutor Linhares Furtado<sup>42</sup>, em Coimbra, antecipando-se ao futuro da evolução técnico-científica neste domínio, realizou com sucesso a primeira transplantação de rim proveniente de dador vivo aparentado. Tal acto, não se veio a repetir entre nós por mais de 25 anos, apesar dos bons resultados que proporciona e, da sua prática frequente, noutros países com diferentes contextos normativos e culturais.

Só em 1980, com efeito, é que se veio a fazer a primeira colheita de órgãos vitais entre nós. Foram colhidos os rins de um cadáver, por Linhares Furtado, sendo que um deles foi utilizado para um transplante em Coimbra e, o outro em Lisboa. Em ambos os casos, "o êxito foi total"<sup>43</sup>. A partir desse acontecimento, a transplantação de órgãos vitais em Portugal estabeleceu-se como uma terapêutica de rotina para as insuficiências renais terminais<sup>44</sup>.

Daí em diante foram realizados os mais diversos transplantes, de onde podemos destacar o primeiro transplante de coração em Lisboa por Queiroz e Melo, realizado em 1986, com a

---

<sup>42</sup> Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Ex-Director do Serviço de Urologia e Transplantação do Hospital da Universidade de Coimbra. Considerado o Pioneiro da transplantação de órgãos sólidos em Portugal.

<sup>43</sup> Expressão do relato da imprensa local e nacional, à data.

<sup>44</sup> Condição de insuficiência renal que implica, obrigatoriamente, uma terapêutica renal substitutiva, a diálise ou o transplante.



colaboração dos Hospitais da Universidade de Coimbra<sup>45</sup>; as primeiras transplantações hepáticas<sup>46,47</sup> que ocorreram em 1988 e; ainda, a primeira transplantação pancreática realizada em 1993. É, ainda, merecedor de destaque que, a equipa dos HUC<sup>48</sup> chefiada à data pelo Professor Doutor Linhares Furtado foi, em 1996, responsável pelo primeiro transplante de intestino da Península Ibérica. Assinale-se um outro marco histórico, em 2006, foi essa mesma equipa, que concretizou o primeiro transplante hepático proveniente de dador vivo, de mãe para filho.

No universo da transplantação, Portugal encontra-se nos lugares cimeiros em comparação com outros países, como a Alemanha, o Reino Unido e a Itália, sendo que em 2009 foi considerado o segundo país do mundo com mais doações de órgãos por milhão de habitantes.

---

<sup>45</sup> Doravante designados por HUC.

<sup>46</sup> Entenda-se, por outras palavras, transplantes de fígado. Neste tipo de transplantes de órgão regenerável, pode-se dar a hipótese, no caso de transplante proveniente de dador cadáver de ser utilizado, em substituição do órgão doente, um fígado saudável ou, no caso de transplante proveniente de dador vivo, de parte do seu fígado visto se tratar de um órgão regenerável que retomará o seu tamanho e funções normais após uma colheita parcial.

<sup>47</sup> Foi também com a coordenação médica e cirúrgica de Linhares Furtado que, em 1995, se realizou pela primeira vez no mundo, o primeiro transplante hepático sequencial, tendo sido colhido um fígado inteiro de um dador vivo com Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF). Este órgão, foi posteriormente transplantado num outro receptor. O dador inicial (doente com PAF), recebeu depois um fígado proveniente de um dador cadáver, logo após ter sido feita a sua hepatectomia de explante e doação. A transplantação sequencial de órgãos, também conhecida por transplantação em cascata ou em dominó, é um método de tratamento que, como dissémos, envolve, em simultâneo, a participação de mais do que um dador e de um receptor. Em Portugal, o exemplo mais frequente deste tipo de transplante tem lugar no transplante hepático. O dador inicial, geralmente portador de Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), doa o seu fígado a terceiro. Este fígado transplantado, apesar de se tratar de um órgão fisiologicamente alterado e sede primária da causa e desenvolvimento ulterior da PAF, ao ser implantado num receptor sem PAF, poderá vir a ser no futuro afectado por esta condição. Contudo, por ser espectável que o desenvolvimento da PAF, neste novo receptor, irá ocorrer em tempo muito para além da esperança de vida nele esperada, caso não ocorresse a transplantação, dele beneficiará. Acresce, que o dador do fígado com PAF, ao fazê-lo interrompe o continuado agravamento da sua condição mórbida, ao receber um fígado saudável de um dador falecido. Refira-se que o dador vivo, neste caso o doente com PAF, define-se num primeiro momento como um receptor e, só num segundo momento por consequência de tal qualidade, como dador. De forma genérica numa primeira etapa, deparamo-nos com uma colheita e transplantação de órgãos em cadáver e, na etapa seguinte com uma colheita e transplantação em vida. A realização deste tipo de transplante careceu, durante algum tempo, de cobertura jurídica no nosso ordenamento pois, em regra, o dador vivo não tinha nenhuma relação de parentesco até ao 3º grau com o segundo receptor, situação que se veio a resolver com a primeira alteração da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril relativa à colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana, através da Lei n.º 22/2007 de 29 de Junho que veio transpor parcialmente para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana, mais concretamente a sua alteração ao artigo n.º 6º respeitante à admissibilidade da colheita em vida. A Lei n.º 12/93 de 22 de Abril é merecedora de destaque mais adiante no nosso trabalho.

<sup>48</sup>O actual Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra – doravante designado por CHUC – é um hospital de referência nesta temática pela intensa actividade de transplantação que desenvolve.

## **6. A actual realidade dos resultados da transplantação de órgãos em Portugal<sup>49</sup>**

Em 2016, foram transplantados em Portugal cerca de 864<sup>50</sup> órgãos sólidos, mais 40 do que em 2015, provenientes de dador falecido<sup>51</sup>, vivo e sequencial, correspondendo a 499 transplantações de rim (65 das quais provenientes de dador vivo)<sup>52</sup>, 272 de fígado (15 das quais provenientes de dador sequencial)<sup>53</sup>, 42 de coração, 26 de pulmão e 25 de pâncreas.<sup>54</sup> Quanto à tipologia dos dadores, em 2016, tivemos 327 dadores em morte cerebral, 10 em paragem circulatória,<sup>55</sup> 65 de dador vivo e 16 de dador sequencial, representando uma taxa de doação de dador falecido de 32,6 por milhão de habitantes<sup>5657</sup> e, de dador vivo de 6,3 pmh.<sup>5859</sup>

É de salientar que, em 2016, atingimos no nosso país o maior número de dadores falecidos desde sempre contando com um número de 337, dadores dos quais, 10 em paragem circulatória<sup>60</sup> e, em 78% dos casos, com causa médica de morte<sup>61</sup>, constituindo uma taxa de 32,6 dadores por milhão de habitantes, como já referimos.

O número de órgãos colhidos, em dadores falecidos, foi de 936.<sup>62</sup>

Realce-se também, o aumento da taxa de utilização dos órgãos colhidos, de 79% em 2015 para 84% em 2016, pois dos 936 órgãos que foram colhidos, em dadores falecidos, 784 foram transplantados, o que veio confirmar a maior operacionalidade e interligação dos agentes envolvidos na colheita, da seleção do par dador-receptor e da equipa de transplantação.<sup>63</sup>

---

<sup>49</sup> Para uma melhor compreensão deste capítulo vejam-se, concomitantemente, os gráficos em anexo - dados oficiais do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP – IPST, IP.

<sup>50</sup> Cfr. figura n.º 1, em anexo.

<sup>51</sup> Entenda-se, dador em morte cerebral e dador em paragem circulatória.

<sup>52</sup> Cfr. figura n.º 2, em anexo.

<sup>53</sup> Cfr. figura n.º 2, em anexo.

<sup>54</sup> Cfr. figura n.º 3, em anexo.

<sup>55</sup> Cfr. figura n.º 4, em anexo.

<sup>56</sup> Doravante designado pela sigla, pmh.

<sup>57</sup> Cfr. figura n.º 5, em anexo.

<sup>58</sup> Cfr. figura n.º 6, em anexo.

<sup>59</sup> Cfr. figura n.º 7, em anexo.

<sup>60</sup> Cfr. figura n.º 4, em anexo.

<sup>61</sup> Cfr. figura n.º 8, em anexo.

<sup>62</sup> Cfr. figura n.º 9, em anexo.

<sup>63</sup> Cfr. figura n.º 10, em anexo.

Em relação à identificação das causas de morte dos doadores falecidos, verificamos que estas se situam, maioritariamente, em patologias médicas com uma ocupação de 78%, sendo que os acidentes vasculares cerebrais<sup>64</sup> são a causa de morte médica predominante, uma vez verificados em 232 doadores falecidos no ano de 2016 e, ainda, perante causas de morte traumáticas, apresentando-se os restantes 22%.<sup>65</sup>

No final de 2016, 2230 doentes aguardavam pela realização de transplante, representando o rim 90% dessa lista, com cerca de 2011 doentes em espera.

Com os resultados dos últimos anos, Portugal tem ocupado os primeiros lugares na doação de órgãos, tanto a nível europeu como mundial<sup>66</sup>.

## **7. Princípios gerais da regulamentação da transplantação em Portugal**

O transplante de órgãos é reconhecido como um meio de tratamento de condição mórbida patológica grave, associada a falência irreversível de órgão vital e, surge com o objectivo de promover o prolongamento da vida do doente quando a probabilidade de morte é maior que os riscos associados à realização do transplante. No caso particular de se tratar de um transplante *inter vivos*, existe ainda um natural princípio a respeitar, o da proporcionalidade entre o risco/sacrifício do dador e, as possíveis vantagens reais para a vida do receptor, sendo que este, só pode ser transplantado se houver fundadas expectativas de se obter com o procedimento um real prolongamento da sua vida. É, também nestes casos, proibida a dádiva de órgãos, tecidos ou células quando haja um elevado grau de probabilidade de ser afectada, grave e permanentemente, a integridade física do dador como também o é, se não for espectável uma melhor alternativa terapêutica para a irremediável falência de órgão do receptor.

O regime da colheita em vida parte da distinção fundamental entre elementos regeneráveis (medula óssea, parte do fígado) e, não regeneráveis (rim, coração, pulmão, pâncreas, intestino, córnea).

No caso de órgãos regeneráveis, a legislação portuguesa, Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, apenas permite a realização de transplantes de órgãos que sejam provenientes de doadores

---

<sup>64</sup> Doravante designados pela sigla, AVCs.

<sup>65</sup> Cfr. figura n.º 8, em anexo.

<sup>66</sup> Em 2016, Portugal ocupava o 4.º lugar à escala mundial na doação, de dador por milhão de habitante.

vivos, se não existirem órgãos provenientes de dador falecido e não exista qualquer outro método terapêutico aplicável com eficácia semelhante à do transplante. Neste tipo de doação/transplante a mesma legislação apenas admitia a possibilidade de dádiva de órgãos não regeneráveis, tecidos ou células se existisse uma relação de parentesco até ao 3º grau entre o dador e o receptor, situação que veio a ser alterada pela Lei n.º 22/07 de 29 de Junho<sup>67</sup>, no seu artigo n.º 6º, fazendo contudo depender a sua admissibilidade do parecer da Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante<sup>68</sup>.

No respeitante a menores e incapazes apenas é permitida a recolha de elementos regeneráveis, sendo expressamente proibida a dádiva e a colheita de elementos não regeneráveis. As colheitas consentidas, só poderão ser efectuadas perante a verificação de alguns requisitos cumulativos: a recolha tem que visar uma exclusiva finalidade terapêutica, a inexistência de dador capaz compatível, o receptor tem de ser irmão ou irmã do dador e, a dádiva tem que ser necessária à preservação da vida do receptor.

No âmbito da transplantação de dador vivo, quando nos referimos a menores estamos a considerar menores de 18 anos. Em Portugal, apesar das inúmeras tentativas para que se atendesse à menoridade penal de 16 anos, a nossa lei não o consente e, nem há qualquer referencia a uma tal excepção, pelo que se entende que os menores a que se refere a Lei n.º 12/93 são os menores de 18 anos, de acordo com o previsto no artigo n.º 112º do Código Civil.

Acresce, que quando estejam em causa estrangeiros, sem residência permanente em Portugal, apenas se admite a colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis e só podem ser feitas mediante autorização judicial

No que concerne a transplantação *post mortem*, o modelo actualmente consagrado em Portugal é o da oposição ou dissentimento, também ele designado por *opting-out* ou consentimento presumido, ou seja, é dada ao cidadão a possibilidade de querendo, em vida, rejeitar vir a ser dador de órgãos, alguns ou parte deles, tecidos ou células, mediante inscrição no Registo Nacional de Não Dadores – RENNDA<sup>69</sup>. Note-se ainda, que no caso de não ser possível a identificação do cadáver, presume-se a não oposição à dádiva se outra consideração circunstancial não o contrariar. Em suma, caso não exista qualquer

---

<sup>67</sup> Primeira alteração feita à Lei n.º 12/93 de 22 de Abril.

<sup>68</sup> Doravante designado por, EVA.

<sup>69</sup> Doravante assim designado.

manifestação expressa nesse sentido, em regra, todos somos potenciais dadores *post mortem*.<sup>70</sup>

A manifestação da indisponibilidade para a dávida, tratando-se do caso de menores e incapazes, terá que ser manifestada pelos respectivos representantes legais, podendo, também, ser expressa pelos menores se mostrarem capacidade de entendimento e manifestação de vontade.

## **8. A doação post mortem de órgãos, tecidos e células**

### **8.1 Do modelo do consentimento informado ao consentimento presumido**

Nos anos 80 a transplantação passou de uma prática, até então de índole experimental, para se tornar num recurso terapêutico frequente e, numa forma de intervenção terapêutica com sucesso. Em conformidade, foi necessária a existência de um consentimento informado, como expressão do princípio da autonomia<sup>71</sup>, princípio este, que assiste a cada um, enquanto pessoa, em relação ao seu corpo.

Na transplantação a partir de órgãos provenientes de dador de cadáver, o consentimento informado reflectiria a possibilidade que era dada aos cidadãos em geral de, uma vez falecidos, permitirem ou não, a colheita dos órgãos para efeitos de transplante.

Num primeiro momento, o modelo seguido em Portugal – modelo do consentimento informado - exigia uma declaração prévia de consentimento, que mais não era que a expressão jurídica da vontade do dador com eficácia *post mortem*. Cada pessoa, querendo, em vida, poderia dar o seu consentimento para a colheita dos seus órgãos, de uma forma explícita e por escrito, sendo revogável a todo o tempo, em vida, essa mesma decisão, ou

---

<sup>70</sup> Normalmente, os modelos quando não puros permitem o envolvimento de familiares. Em Portugal, vigora o sistema de *opting-out* ou consentimento presumido, no qual a pessoa, caso não queira doar tem que, em vida, se inscrever no RENNDA, não sendo dada a possibilidade aos seus familiares de objetarem à colheita, mesmo que o falecido não tenha registado a recusa durante a sua vida; nos sistemas de *opting-in* ou consentimento expresse, a pessoa que queira doar os seus órgãos tem de o declarar em vida, ou seja terá que manifestar previamente o seu consentimento. Os seus familiares podem, neste caso, agir como representantes, ou vir a dar um consentimento por substituição, se a pessoa falecida o não tinha feito.

<sup>71</sup> Como já fora por nós enunciado, trata-se de um requisito ético e jurídico legitimador do acto de transplantação

seja, era o cidadão que para todos os efeitos, voluntariamente, se propunha como dador *post mortem*.<sup>72</sup>

Durante a vigência deste regime, que ainda vigora em alguns países europeus, nomeadamente, no Reino Unido, Alemanha, Escócia, Irlanda e Grécia, a taxa de colheita de órgãos em cadáveres era bastante baixa o que poderia dever-se, entre outras razões, ao facto de muitos não chegarem, sequer, a tomar a iniciativa de declararem em vida essa vontade expressa de doação, apesar de nada terem, em definitivo, nada contra a doação, propriamente dita. Entre outras circunstâncias, muito variadas, poder-se-ão apontar: o desconhecimento da necessidade e do local para o fazerem; da falta de tempo ou disponibilidade para o efectivarem; da dificuldade em prespectivarem a sua morte.

Confrontados com esta realidade, condicionante de marcada escassez de órgãos disponíveis para a transplantação e, impondo-se estratégias para correcção desta carência, surge um novo regime de consentimento, o modelo do consentimento presumido<sup>73</sup>.

Este modelo pressupõe que todos os cidadãos são, à partida, considerados potenciais dadores *post mortem*, sustentando-se numa lógica impreterível de solidariedade social. Todavia, a todos é dada a possibilidade de querendo, em vida, e no respeito pelo princípio ético da autonomia individual, se declararem não dadores, ou seja, declarar expressamente, a total ou parcial indisponibilidade para a dádiva *post mortem* de órgãos, tecidos e células ou, para a afectação desses a certos fins, mediante inscrição feita no RENNDA<sup>74</sup>. A inscrição é feita através de formulário próprio, disponível em qualquer centro de saúde ou sua extensão, sendo posteriormente emitido um cartão individual de não dador e, ficando a respectiva identificação a constar de uma base de dados informática, a nível nacional, criada para o efeito. Este sistema nacional de não dadores é obrigatoriamente consultado antes de qualquer colheita, sendo que nos casos em que não seja possível a identificação do

---

<sup>72</sup> Nos sistemas em que este modelo se diz não puro, e por isso apelidado de consentimento informado alargado, era permitido que na ausência de decisão em vida por parte do falecido, o consentimento para a colheita de órgãos fosse obtido junto dos familiares, aos quais se entendia estar atribuído o direito sobre o cadáver. Modelo seguido nos Estados Unidos da América.

<sup>73</sup> Cfr. artigo n.º 10º e 11º da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril e, o Decreto-lei n.º 244/94, de 26 de Setembro.

<sup>74</sup> A Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, previu expressamente a existência de um Registo Nacional de Não Dadores, bem como a emissão de um cartão individual de não dador. Em consequência, tornou-se necessário regulamentar tais mecanismos, de modo a concretizar o eficaz direito de oposição à dádiva. Neste seguimento, surgiu o Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de Setembro, do Ministério da Saúde, que tinha como objecto regular a organização e o funcionamento do RENNDA e a emissão do respectivo cartão individual. Posteriormente, surgiu, ainda, o Despacho n.º 700/94, de 1 de Outubro, do Ministério da Saúde, que veio aprovar o modelo de impresso, destinado ao RENNDA e ao cartão individual de não dador.

cadáver para o posterior confronto com a base de dados presume-se a não oposição à dádiva se “(...) outra coisa não resultar dos elementos circunstanciais.”<sup>75</sup>.

A regulamentação da dádiva e colheita de órgãos, tecidos e células de origem humana para fins terapêuticos ou de transplante, bem como as próprias intervenções de transplante foi regulamentada pela Lei n.º 12/93 de 22 de Abril<sup>76</sup>. É, a esta lei que se deve o fomento da consciência individual do papel da transplantação como acto de solidariedade e beneficência e, também, que se consagra, a possibilidade e direito dado aos objectores à dádiva de, mediante inscrição no RENNDA, virem a viabilizar a oposição à colheita.

Em suma, do modelo inicial do consentimento informado ou de *opting in system*, no qual se exigia, em vida, a manifestação explícita da vontade da pessoa em vir a ser dador passámos para o modelo actual do consentimento presumido ou *opting out system*, onde é dada a possibilidade ao cidadão de se opor, em vida, à colheita, sendo para isso exigido uma manifestação explícita da sua não permissão à dádiva, presumindo-se a plena disposição para o acto de doação, se tal não for registado.

No nosso país como noutros<sup>77</sup>, que se regem por este modelo legislativo de regime do consentimento presumido, são também de relevante importância as políticas e campanhas de informação e, a sensibilização da sociedade para esta problemática, pondo em destaque os valores axiológicos e a legitimidade inerente à bondade do acto de doação e, dos benefícios dele decorrentes, quer em termos individuais quer em termos sociais. A adopção de tais medidas, ainda relativamente precárias, apesar da recente contribuição e empenho do IPST, IP<sup>78</sup>, justifica-se amplamente numa óptica de promoção da literacia para a saúde.

---

<sup>75</sup> Artigo n.º 13º/6 da Lei n.º 12/93 de 22 de Abril.

<sup>76</sup> Objeto de última actualização em Agosto de 2015 – Decreto-lei n.º 168/2015, de 21 de Agosto.

<sup>77</sup> Como é o caso de Espanha, França, Bélgica, Áustria, entre outros.

<sup>78</sup> O IPST, IP, foi criado em 2012 pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Fevereiro. Deu-se uma reestruturação do Instituto Português do Sangue que, veio a integrar os Centros de Histocompatibilidade e, ainda, as competências que pertenciam à Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST). Tem em vista a promoção da dádiva, enquanto gesto transversal a toda a sua actividade e, tem como objectivo, contribuir para a vida humana em tempo e qualidade, assegurando o cumprimento de boas práticas e promovendo a inovação. No apoio aos doentes, nas diferentes áreas de actuação, o IPST, IP, propõe-se a alcançar elevados padrões de qualidade e segurança e, em conformidade, tem como missão regular e promover, a nível nacional, a actividade da medicina transfusional e da transplantação, cabendo-lhe garantir a dádiva, a colheita, a análise, o processamento, a preservação, o armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana. No que diz respeito, exclusivamente, à transplantação incumbem-lhe as seguintes atribuições: participar na definição estratégica de desenvolvimento da medicina da transplantação; promover e apoiar a investigação nos domínios da ciência e da tecnologia das áreas da medicina da transplantação e medicina regenerativa; coordenar, a nível nacional, como já referimos, a colheita, análise, processamento e transplantação de órgãos, tecidos e células de origem humana; criar e manter um registo de acompanhamento da actividade dos serviços manipuladores de tecidos e células, e colheita de órgãos; promover e apoiar a realização dos estudos laboratoriais de doentes

Dever-se-á ainda, considerar o caso de estarmos perante um cidadão que, ao não estar devidamente informado de que o Estado que o tutela o considera, liminarmente, como um potencial dador e, por não ter tido o a noção, por desconhecimento ou ignorância, da oportunidade de se pronunciar/optar por uma posição em relação à doação de órgãos *post mortem*, possa considerar o acto como uma violação da sua integridade física e do respeito que é devido ao cadáver pela a aplicação da sua não contrariada posição. O mesmo preconceito de insustentável violência psicológica e moral pode surgir, também, no seio da família do dador consumado que, igualmente desconhecadora da lei e/ou convicta de que o falecido não permitiria a colheita dos seus órgãos, caso tivesse tido a oportunidade de se pronunciar sobre ela, poderá incorrer em tal raciocínio.<sup>79</sup>

## 8.2 Dador em morte cerebral

Define-se o dador em morte cerebral como um dador falecido a quem foi declarada a morte com base em critérios neurológicos, verificando-se a cessação irreversível das funções do tronco cerebral.

Paralelamente, e com o passar dos tempos, os progressos científicos e assistenciais na área da transplantação, permitiram que a capacidade de determinação da morte passasse a ser possível não apenas, pelo tradicional critério de paragem irreversível cárdiorespiratória mas sobretudo pelo estado de morte cerebral – mediante o cumprimento dos critérios previstos na lei<sup>80</sup> para a sua verificação. Assim, tornou-se possível declarar a morte de

---

necessários à transplantação de órgãos, tecidos e células; manter e gerir o Banco Público de Sangue do Cordão Umbilical (LUSOCORD); manter e gerir a actividade do banco de tecidos multi-tecidual, compreendendo a colheita, a análise, o processamento, o armazenamento, a distribuição, a importação e exportação e, definindo as necessidades nacionais; garantir a disponibilidade de órgãos, tecidos e células de origem humana, atendendo às necessidades nacionais; manter o Centro Nacional de Dadores de Células Estaminais de Medula Óssea de Sangue Periférico ou de Cordão Umbilical (CEDACE); manter e gerir um sistema de informação único e integrado, para gestão da lista de espera de doentes candidatos a transplantação, seleção do par dador-receptor em transplantação, banco de tecidos e rastreabilidade.

<sup>79</sup> O regime Italiano previsto na lei, embora ainda não aplicado, é na nossa opinião merecedor de reconhecimento e, seria uma ótima solução a adoptar no nosso país para que se pudesse afirmar, com confiança, que a população se encontra minimamente informada do regime jurídico aplicável: ao atingir-se a maioria recebe-se, por parte das autoridades, informação relativa ao sistema de *opting-out* sendo dada assim a possibilidade a cada cidadão de se confrontar, em consciência, com a questão e ter a oportunidade de rejeitar, ou não, a possibilidade de ser dador.

<sup>80</sup> De acordo com o n.º 1 do artigo n.º 12º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, cabe à Ordem dos Médicos enunciar e manter actualizado, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal “(...) idóneos para a verificação da morte cerebral.”. Este artigo deve ser, concomitantemente, confrontado com a Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a verificação de morte fazendo, mais uma vez, referência ao papel que a Ordem dos Médicos desempenha quanto aos critérios médicos, técnicos e



alguém antes da sua falência cardio-respiratória<sup>81</sup>, sendo que para tal a pessoa se encontra neste caso na dependência de um sistema de suporte vital<sup>82</sup>, o que faz manter os seus órgãos em excelentes condições biológicas e fisiológicas para que se possa proceder à eventual colheita e transplantação podendo, também, desta forma continuar neste estado durante o tempo necessário para proceder ao contacto e preparação do receptor.<sup>83</sup>

A transplantação de órgãos *post mortem*, que opera mediante o estado de morte cerebral, mais não é que a verificação de um processo de falência neurológica acelerada e irreversível que culminará, em última instância, na inactividade dos órgãos, o que conduzirá inexoravelmente a pessoa à morte. Este é também, o momento ideal para se proceder à colheita de órgãos, uma vez garantida a sua viabilidade e preservação, ainda que à custa de meios técnicos de suporte funcional.

Os critérios<sup>84</sup> de verificação de morte cerebral foram evoluindo ao longo dos anos, sendo que hoje em dia podemos designa-los como, essencialmente, clínicos e plenamente fiáveis. Neste contexto, atente-se ao exposto no artigo n.º 12º - certificação da morte - da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, onde se refere a necessidade de enunciação e constante actualização

---

científicos de verificação de morte, n.º 2 do artigo n.º 3º desta mesma lei e, mais, segundo o seu artigo n.º 2º, “A morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral.”

<sup>81</sup> Pois, no estado de morte cerebral, todas as funções cerebrais estão irreversivelmente comprometidas, mas o coração continua a bater e a respiração é assegurada artificialmente.

<sup>82</sup> Situação possível devido ao desenvolvimento e melhoria de técnicas de ventilação mecânica e suporte circulatório. Leia-se no n.º 3º do artigo n.º 69º - Colheita de órgãos ou tecidos em cadáveres humanos – do Código Deontológico da Ordem dos Médicos: “Nos casos em que se preveja a colheita de órgãos para transplante é permitida a manutenção de meios artificiais de suporte de vida após o diagnóstico de morte do tronco cerebral.” A Declaração de 11 de Outubro de 1994, da Ordem dos Médicos, enuncia os critérios a observar para que se certifique o estado de morte cerebral, demonstrado pela cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade, sendo necessário que se verifiquem determinadas condições prévias e determinadas regras de semiologia, mediante o cumprimento de uma certa metodologia.

<sup>83</sup> “A necessidade de colheita de órgãos para transplante não veio criar nenhuma situação nova. A verificação da morte e a decisão de interromper os meios extraordinários de suporte vital nessas condições já eram praticadas antes. O diagnóstico neurológico da morte não é, como por vezes é sugerido, um instrumento para suprir as necessidades dos transplantes. Veio, sim, juntar às já expostas, uma nova finalidade: o aproveitamento de órgãos de outro modo destinados inexoravelmente à decomposição, para dar vida, ou uma vida melhor, a outras pessoas deles necessitados.” *in*, Acta Médica Portuguesa 1998: 11: 91 – Normas clínicas: guia de diagnóstico de morte cerebral.

<sup>84</sup> “ O diagnóstico baseia-se na noção de que a morte do tronco cerebral é componente necessária e suficiente para a confirmação da morte cerebral. Por isso se pesquisam, um a um, todos os reflexos dependentes do tronco cerebral, incluindo aqueles que, embora de execução mais demorada, são conhecidos como sendo os últimos a desaparecer.” *in*, Acta Médica Portuguesa 1998: 11: 91 – Normas clínicas: guia de diagnóstico de morte cerebral.

do conjunto de “(...) critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral.”, apresentado mediante declaração da Ordem dos Médicos<sup>85</sup>. Fica deste modo, consentida a intervenção cirúrgica para efeitos da colheita de órgãos num ser humano que se encontre em morte cerebral, nos termos enunciados.

### **8. 3 Dador em paragem circulatória (“coração parado”)**

Os progressos técnicos e científicos na área médica que se têm vindo a registar nas últimas décadas, têm permitido melhorar substancialmente a forma de colheita, preservação e transplante de órgãos o que tem permitido, embora não tanto como o desejável, um aumento do número de transplantes efectuados. No que diz respeito à transplantação de órgãos provenientes de cadáveres, tal como o nosso ordenamento jurídico a prevê – artigo n.º 12º da Lei 12/93 de 22 de Abril - a possibilidade de colheita apenas é admitida após a confirmação devida do estado de morte cerebral. Acontece, que o número de órgãos colhidos em doentes em morte cerebral é insuficiente para responder às necessidades crescentes dos candidatos a transplante, e daí que exista outra forma de colheita *post mortem* que, prevê a colheita numa situação de paragem cardíaca irreversível, há muito utilizada<sup>86</sup> noutros países da Europa, e na América do Norte.

Define-se dador em paragem circulatória como o dador falecido a quem foi declarada a morte com base em critérios circulatórios, verificando-se a cessação irreversível das funções cardiocirculatórias, que entre nós se encontra regulamentado pelo Despacho n.º 14341/2013 de 6 de Novembro. Prevê-se nesta legislação, a actualização dos critérios de verificação da morte para efeitos de doação, juntando aos já reconhecidos para verificação da morte cerebral, outros que também sejam clinicamente inquestionáveis e, que permitam a colheita de órgãos em doentes em paragem cardiocirculatória irreversível. Entre nós, em que as colheitas se fazem por consentimento presumido, optou-se pela colheita de órgãos de dadores em paragem cardiocirculatória, pertencentes à categoria II conforme definida na Conferência Internacional de Maastricht em 1995, que engloba os dadores que tiveram

---

<sup>85</sup> Declaração da ordem dos Médicos *in* Diário da República, I série, B, n.º 235, 11/10/94 – Critérios de morte cerebral – A certificação de morte cerebral requer a demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua irreversibilidade.

<sup>86</sup> Atente-se que este meio de intervenção não é novo, já nos primórdios da transplantação a maioria dos órgãos doados foram colhidos em doentes que morreram em paragem cardíaca e só mais tarde, nos anos 60, é que se atribuiu definição legal ao conceito de morte cerebral, passando assim a sua verificação a fazer parte dos programas de colheita de órgãos.

morte cardíaca súbita ou que apresentem lesões cerebrais catastróficas seguidas de paragem cardiocirculatória, quer tenham ocorrido no hospital ou no exterior deste. Estes doentes são sujeitos a manobras de ressuscitação mantidas durante um período de 30 minutos, e se não tiverem êxito, é declarada a morte cardíaca. Serão então, para efeito de preservação de potenciais órgãos a doar para transplantação, mantidas as manobras de ressuscitação e, se disso for caso, transportados até ao hospital.

Considera-se nesta condição, a possibilidade de colher órgãos em pessoas que se encontram em paragem cardíaca irreversível, cujo diagnóstico implica: como dissémos atrás, a realização prévia de manobras de suporte avançado de vida por um período mínimo de trinta minutos salvo nos casos de hipotermia, situação na qual deverão ser prolongadas até normalização térmica (36C°); a verificação da ausência de actividade cardíaca capaz de gerar um pulso central ou impulso circulatório (que não necessariamente a ausência de qualquer actividade electrocardiográfica, embora deva ser incompatível com actividade ventricular eficaz); a presença de midríase arreflexiva e, a ausência de movimentos respiratórios espontâneos por um período mínimo de dez minutos, período a partir do qual não será admissível por qualquer meio terapêutico, instrumental ou de suporte, o retorno fisiologicamente autónomo da função cardíaca.

A viabilidade dos órgãos para transplante, neste caso, dependerá da aplicação de medidas técnicas instrumentais externas de manutenção circulatória, capazes de garantirem a preservação dos órgãos para transplante que, doutro modo, deixariam de ser irrigados inviabilizando a sua preservação<sup>87</sup>, mas que em si mesmas não serão capazes de restituir a função cardíaca e reverter a sua falência definitiva.

Em Portugal, a primeira colheita de órgãos em dador de coração parado aconteceu a 1 de Janeiro de 2016 no hospital de São João, no Porto, tendo em vista expandir a sua prática a Lisboa e Coimbra. Um programa de implementação desta modalidade de colheita está em desenvolvimento desde o início do corrente ano, sobre os auspícios do IPST, IP.

---

<sup>87</sup> Mais detalhadamente, quando as pessoas morrem na sequência de uma paragem cardíaca devem-se iniciar manobras de reanimação no local onde a pessoa se encontra e, se se constatar que a situação é irreversível deve a compressão do coração passar a ser continuada mecanicamente e, se vir a introduzir um dispositivo que faça com que o sangue circule externamente de modo a poder oxigenar artificialmente os órgãos e a mantê-los em boas condições para que daí possa resultar o seu aproveitamento.

## 9. A doação *inter vivos* de órgãos, tecidos e células

### 9.1 Admissibilidade

A escassez de órgãos num universo crescente de indicações e de candidatos, realidade incontornável e, muito limitadora da satisfação mais célere e apropriada da sua transplantação, começou a ser combatida, entre nós e noutros países, desde logo, pela alteração jurídica do regime de colheita em cadáver, com a evolução consignada, pela autorização jurídica de um modelo de consentimento, inicialmente, informado para o modelo actual do consentimento presumido. O passo seguinte, com o mesmo propósito de aumentar o numero de órgãos disponíveis para transplante, consagrou-se, mais recentemente, quando a legislação<sup>88</sup> veio consentir e regular a colheita de órgãos através do alargamento à doação em vida, de órgãos duplos ou regeneráveis<sup>89</sup>

Razões subjacentes e ponderosas justificam, amplamente, esta modalidade e fonte de órgãos, consentida pela doação em vida. Desde logo, e por um lado felizmente, a considerável diminuição do número de vítimas fatais provenientes de acidentes de viação, que durante muito tempo, constituíram o mais importante contingente fornecedor de órgãos de cadáver, e que é constituída por dadores mais jovens, deixa, actualmente, ficar a dádiva de órgão de dador falecido, marcadamente, circunscrita às causas de morte associadas às patologias crónicas e evolutivas na população portuguesa, com especial ênfase para doença cérebro-cardiovascular. A melhoria dos cuidados de saúde, em geral, tem como uma das consequências o aumento da longevidade e, o natural envelhecimento da população. Esta realidade, não deixa de se repercutir no tipo e condições dos dadores falecidos, levando ao aumento da mediana das idades dos dadores falecidos. Daqui decorre, a esperada menor condição fisiológica dos órgãos para colheita e, a sua consequência em termos de pleno e duradouro funcionamento após o seu implante no dador, ou mesmo a impossibilidade, pelas mesmas razões, de poderem ser aproveitados para transplantação.

Do lado da doação em vida, destacam-se muitas vantagens: a optimização da histocompatibilidade do enxerto a transplantar no par dador-receptor, conferindo de

---

<sup>88</sup> Lei n.º 12/93, de 22 de Abril.

<sup>89</sup> Esta iniciativa não é absolutamente inédita, uma vez que na fase experimental dos transplantes recorria-se a dadores vivos.

imediatamente uma muito menor probabilidade de rejeição e, possibilitando a utilização de protocolos de imunossupressão de menor agressividade sistémica, com menor risco de infecção a ela associada; a eliminação dos tempos de isquemia fria dos enxertos sólidos e a dispensabilidade de técnicas de preservação; a previsibilidade do acto cirúrgico ou procedimental, com as naturais consequências de melhor coordenação, conforto e condições para a realização da transplantação. Em consequência disto, surgem com a transplantação de dador vivo, os melhores resultados de sobrevivência do dador e/ou enxerto, sem sacrificar a baixíssima comorbilidade do dador, no imediato e tardias.

A regulamentação jurídica que rege a transplantação *inter vivos*, considera algumas restrições particulares pois, que se trata de prevenir e prover a compensação de possibilidade eventual de dano físico, duradouro ou não, incapacitante em definitivo ou temporariamente e, até a morte dos dadores, pessoas que, voluntariamente, e com carácter absolutamente gratuito, se propõe à dádiva. Contempla-se, de igual modo, nesta legislação, a proibição, óbvia, do procedimento se tal implicar a morte do dador<sup>90</sup>.

O regime da colheita em vida parte da distinção fundamental entre órgãos regeneráveis (parte do fígado, parte do pulmão, medula óssea) e não regeneráveis (rim, coração, pulmão, pâncreas, intestino, córnea), autorizando, obviamente, apenas a doação de parte deles no caso dos primeiros e, no caso dos segundos, caso sejam órgãos duplos.

No âmbito da doação em vida, os transplantes mais frequentes são os de rim, e de fígado. O rim é um órgão duplo/par e o organismo humano pode manter o seu funcionamento normal com apenas um deles; o fígado é um órgão que se regenera com facilidade, retomando, o seu tamanho e funções normais após uma colheita parcial. A doação de progenitores hematopoiéticos do sangue periférico ou de medula óssea, também não implica, em geral, qualquer défice, ainda que temporário para o dador, sendo o clássico exemplo de doação de tecidos *inter vivos*.

A transplantação de órgãos regeneráveis só poderá ser feita no interesse objetivo do receptor e desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado, colhido de dador falecido e não exista também qualquer outra atitude terapêutica com efeito comparável<sup>91</sup>. Acresce, se a dádiva e a colheita envolver menores ou outros incapazes, só pode ser realizada mediante a verificação dos seguintes requisitos cumulativos:

---

<sup>90</sup> n.º 7 do artigo n.º 6º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, a Lei está a proteger o indivíduo de si mesmo: limite ao exercício do poder de autodeterminação.

<sup>91</sup> n.º 2 do artigo n.º 6º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril.

inexistência de dador capaz compatível; o receptor ser irmão ou irmã do dador; a dádiva ser necessária à preservação da vida do receptor.<sup>92</sup>

Tratando-se da doação, eventual, de órgãos não regeneráveis, a sua admissibilidade fica dependente de parecer favorável emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante<sup>93</sup>. No caso de envolver estrangeiros, sem residência permanente em Portugal, terá a sua apreciação de se submeter a autorização judicial, sendo que será sempre expressamente proibida, a dádiva e a colheita dos mesmos, quando envolvam menores ou outros incapazes<sup>94</sup>.

A doação em vida de órgãos não regeneráveis é realizada, preferencialmente, entre familiares sendo que “A relação afectiva que caracteriza geralmente o agregado familiar deveria contribuir para uma doação altruísta e solidária em que um membro da família dá parte de si, de modo não só voluntário mas mesmo desejado, para salvar a vida ou contribuir para o bem-estar de um outro elemento da família.”<sup>95</sup>, pelo que as doações mais frequentes estabelecem-se de pais para filhos e entre irmãos.<sup>96</sup>

A uma determinada altura, foi admitido o entendimento e aceitação da migração de uma relação de pendor, exclusivamente, familiar para uma lógica de solidariedade social, admitindo-se assim, a doação em vida de órgãos não regeneráveis, não só entre familiares, como previa a primeira versão da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, mas ampliando-a a voluntários. Este alargamento das possibilidades de doação a dadores não aparentados

---

<sup>92</sup>n.º 5 do artigo n.º 6º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril. Mais, o n.º 2 do artigo n.º 20 da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina – CDHB.

<sup>93</sup> Como já referido no nosso trabalho, a referência a esta entidade faz-se pela sigla, EVA. A Lei n.º22/2007, de 29 de Junho, veio fazer a primeira alteração à Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, estabelecendo no n.º 3 do artigo n.º 6º que, a admissibilidade da dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis fica dependente de parecer favorável emitido por um organismo, que tem como designação, EVA. Nos termos do n.º 2 do artigo n.º 6º-A da referida lei, a criação da Eva em todos os hospitais onde se realize a colheita em dadores vivos fica a cargo de Despacho Ministerial, sob proposta conjunta do respectivo conselho de administração e da Organização Portuguesa de Transplantação. Nesse sentido, a EVA foi criada pelo Despacho n.º 26951/2007, de 26 de Novembro, funcionando na dependência e como secção da Comissão de Ética para a Saúde do estabelecimento hospitalar onde se realize a colheita.

<sup>94</sup> n.º 3, 4 e 6 do artigo n.º 6º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril. Veja-se, também, o artigo n.º 20 da CDHB e o artigo n.º 10º do Protocolo Adicional à CDHB.

<sup>95</sup> *In* Revista Portuguesa de Bioética, n.º 7, Maio 2009 – Marta Dias Barcelos e M. Patrão Neves, Reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade, p. 34 e 35.

<sup>96</sup> Neste contexto emocional podem surgir vários problemas como, a pressão psicológica e social sobre os pais para que doem os seus órgãos aos filhos quando, por várias razões, não o desejam de facto fazer; a pressão psicológica e afectiva dos pais sobre um filho para que doe ao irmão; a geração de um filho com a finalidade assumida de se tornar dador de um outro filho doente; o carácter voluntário da doação quando a colheita de órgãos ou tecidos é feita em pessoa portadora de deficiência mental.

pressupõe, contudo, que estes mantenham uma “relação pessoal próxima”<sup>97</sup> com o doente, mas tornou possível a admissibilidade da existência de dadores voluntários não familiares, familiares por adoção, unidos de facto e, do cônjuge.

Esta nova orientação social, estruturada como dissémos, numa lógica de solidariedade, encontra-se vertida na Lei Portuguesa desde a alteração feita pela Lei n.º 22/2007 de 29 de Julho, a qual veio transpor, parcialmente, para a Ordem Jurídica Portuguesa a Directiva n.º 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004, eliminando a restrição até então da doação em vida, apenas, a familiares<sup>98</sup>. Nos termos da legislação actual a admissibilidade para a dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, como antes referimos, faz-se depender emitido pela EVA.<sup>99</sup>

Nos documentos internacionais<sup>100</sup>, já por nós aqui referidos<sup>101</sup>, prevê-se que a doação de órgãos não regeneráveis, entre pessoas que não tenham qualquer relação biológica, apenas

---

<sup>97</sup> Orientação expressa no Protocolo Adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana – 2002 CE. Este Protocolo Adicional à CDHB, relativo à transplantação de órgãos e tecidos de origem humana, de 24 de Janeiro de 2002, foi assinado por Portugal a 21 de Fevereiro de 2002 e com entrada em vigor desde Maio de 2006.

<sup>98</sup> Como se lia no n.º 2 do artigo n.º 6º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril – “Pode admitir-se a dádiva de órgãos ou substâncias não regeneráveis quando houver entre dador e receptor relação de parentesco até ao 3º grau.”.

<sup>99</sup> De acordo com o n.º 3 do artigo n.º 6º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, “No caso de dádiva e colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis, a respectiva admissibilidade fica dependente de parecer favorável, emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante (EVA).”.

<sup>100</sup> Veja-se, no âmbito da fundamentação internacional relativa à transplantação de órgãos e tecidos de origem humana, no que concerne à transplantação *inter vivos*, os seguintes considerandos: no n.º 1 do artigo n.º 19º da CDHB, a ideia de que a colheita de órgãos e de tecidos em dadores vivos para fins de transplante é um acto terapêutico, estabelecendo assim uma equivalência entre o acto de transplantar e o acto de curar. Num segundo momento, em sede do n.º 1 do artigo n.º 19º, da mesma fonte, consagra-se a ideia de solidariedade da dádiva de órgão de dador vivo relativamente à transplantação *post mortem*, há uma preocupação com uma possível solidariedade exacerbada por parte do dador vivo que prontamente se dispõe a oferecer os seus órgãos. Já na parte final do n.º 1 do mesmo artigo, encontramos a absoluta subsidiariedade do transplante relativamente a qualquer outro método terapêutico alternativo de eficácia comparável pois, não nos esqueçamos que a extracção de um órgão a partir de dador vivo implica uma intervenção cirúrgica, alimentando a ideia de que só podemos prejudicar a saúde do dador em *ultima ratio*. leia-se em conjunto com o artigo n.º 10º e 11º do Protocolo Adicional à Convenção.

No n.º 2, novamente, do artigo n.º 19º consagra-se o consentimento como limite subjectivo à recolha de órgãos e tecidos, pelo que o consentimento do dador é o acto que legitima o transplante, assumindo-se como uma inequívoca manifestação do princípio da autonomia individual. Este é particularmente exigente, impondo que o dador consinta de forma expressa e específica, por escrito e perante uma entidade oficial, veja-se o n.º 3, 4 e 5 do artigo n.º 8º da Lei 12/93, de 22 de Abril e ainda, o artigo n.º 13º do Protocolo Adicional à Convenção.

Por sua vez, o artigo n.º 20º da mesma Convenção, refere-se às pessoas sem capacidade para consentir na colheita, falamos assim dos incapazes adultos por razões de anomalia psíquica e dos menores. O n.º 1 desse mesmo artigo proíbe a colheita de órgãos ou tecidos nas pessoas que careçam de capacidade para consentir mas, logo de seguida o n.º 2 vem abrir uma excepção embora se reporte, apenas, aos casos que envolvam elementos regeneráveis. No respeitante à colheita de órgãos ou tecidos não regeneráveis mantém-se a proibição quando em causa estejam menores ou outros incapazes, confrontar o n.º 4 do artigo n.º 6º da Lei 12/93, de 22 de Abril.

<sup>101</sup> A Convenção Internacional e o Protocolo Adicional à Convenção.

possa ocorrer entre aquelas que possuam uma relação afectiva significativa ou, entre aquelas que mantenham aquilo a que chamamos de “relação pessoal próxima”<sup>102</sup>. Cumpre-nos evidenciar, que a “exigência” de uma relação estreita entre o par dador-receptor não é acompanhada pela Lei portuguesa. Na legislação nacional, apenas se remete a verificação da admissibilidade, de uma eventual doação, para a EVA e, nada mais se acrescenta. Esta “lacuna” na Lei, coloca-nos uma questão ética: a possibilidade de tráfico e comercialização de órgãos. Com efeito, não havendo o requisito de exigência de uma relação afectiva próxima entre o par dador-receptor, poder-se-á, de algum modo, facilitar a comercialização de órgãos. A título meramente ilustrativo, aponte-se a possibilidade de uma determinada pessoa se apresentar como dador voluntário de um rim para um determinado receptor, que identifica sendo que, paralelamente, o dador possa vir a ser pago, de forma oculta e dissimulada, pelo receptor por ela apontado. É de comum conhecimento, a existência de um “mercado negro” de órgãos com uma rede que se estende a inúmeros países, particularmente, na Índia e noutros países do Médio e Extremo Oriente, no Norte de África, na Europa do Leste e na América Latina. Nestes casos, não falamos apenas de transacção ilegal mas, também, da extrema violação dos mais elementares direitos humanos. Cumpre-nos evidenciar, os casos que ocorrem de rapto e homicídio de pessoas, apenas com o intuito de colheita dos seus órgãos para ulterior comercialização. De notar também, a prática recorrente, em zonas geográficas subdesenvolvidas, onde a população é tendencialmente pobre e baixa instrução, se poder deixar aliciar para a venda de partes do seu corpo por um preço “irrisório” e/ou em troca de uma percentagem ínfima do valor pelo qual o órgão irá ser vendido<sup>103</sup>.

Por ser eticamente inaceitável, a Lei portuguesa proíbe, de forma explícita, o comércio de células, tecidos e órgãos, conferindo-lhe, sistematicamente, qualidade gratuita, “(...) não pode em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização.”<sup>104</sup>.

Em suma, é imperativo fazer convergir a autonomia individual – expressa através do consentimento livre e esclarecido – com a solidariedade social – testemunhada pela dimensão altruísta da gratuidade da dádiva – legitimando-se assim, a doação em vida pela preservação e promoção da dignidade humana.

---

<sup>102</sup> Entenda-se nos documentos internacionais – “Close”; “Intime”.

<sup>103</sup> Estamos com estes exemplos a querer constatar a existência de redes organizadas de tráfico de órgãos.

<sup>104</sup> Cfr. o n.º 1 do artigo n.º 5º da Lei 12/93, de 22 de Abril.



## 9.2 Corolário dos requisitos do transplante *inter vivos*

- a) A transplantação tem que ter finalidade terapêutica inquestionável, ou seja, tem que visar a salvaguarda da vida do receptor e o seu restabelecimento, com previsível êxito no tratamento da patologia que o atingia. Trata-se, contudo, de uma solução de *ultima ratio*, subsidiária, pois só se admite a colheita em dador vivo nos casos em que não esteja disponível órgão ou tecido de dador *post mortem* ou, não exista qualquer outro meio terapêutico alternativo e de eficácia comparável.
- b) O dador não pode vir a sofrer um dano substancial e irreparável na sua própria vida e no seu desempenho funcional. Não é por isso possível, a cedência de elementos ou substâncias indispensáveis, sendo exigido ao dador um exame prévio, completo, do seu estado de saúde, que possa identificar se poderá vir a ser prejudicado, no futuro, pela doação.
- c) O transplante tem de ser feito de forma gratuita. Admite-se, no entanto, uma compensação pelas despesas ou prejuízos decorrentes da doação.<sup>105</sup>
- d) O transplante, deverá ser condicionado por um critério de proporcionalidade, escolhendo a via menos lesiva para os intervenientes, garantindo um equilíbrio entre a probabilidade de êxito e benefícios esperados no receptor, com os eventuais danos causados ao dador.
- e) Exige-se a máxima idoneidade e diferenciação do Centro Hospitalar onde se desenrola o procedimento e, a demonstração de elevada e apropriada capacidade técnico-científica para a sua realização, por parte da respectiva equipa de profissionais de saúde nele envolvidos.
- f) No caso de transplantação de elementos não regeneráveis, a admissibilidade para a dádiva e colheita fica dependente de parecer favorável emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante – EVA.
- g) A doação deve ser livre e espontânea, isto é, sem vícios da vontade.<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> Cfr. o Decreto-Lei n.º 38/2010, de 20 de Abril – Isenção do pagamento de taxas moderadoras em todas as situações que envolvam transplantes de órgãos ou células – e, o artigo n.º 4º do Decreto-lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro – isenção de taxas moderadoras – já actualizado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de Dezembro. Ainda, o Despacho n.º 5015/2011, de 23 de Março, do Ministério da Saúde – condições de atribuição da compensação relativa à dádiva de tecidos e células de origem humana. Mais, o Despacho n.º 8345/2012, de 21 de Junho, do Ministério da Saúde – medicação comparticipada. Por último, o Despacho n.º 2055/2015, de 26 de Fevereiro, do Ministério da Saúde – visa estabelecer compensações estritamente limitadas a cobrir as despesas efectuadas e a perda de rendimentos relacionados com a dádiva.

<sup>106</sup> Cfr. o n.º 1 e 6 do artigo n.º 8º da Lei 12/93, de 22 de Abril. Veja-se, também, o artigo n.º 220º do CC.

h) O transplante pressupõe o consentimento informado e esclarecido, quer por parte do dador quer do receptor. Tratando-se de dadores menores o consentimento é exigido aos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal ou, em caso de inibição ou falta de ambos, é exigido ao tribunal. Caso estejamos perante menores com capacidade de entendimento e, capacidade de manifestação da vontade, é também necessária a sua concordância.<sup>107</sup> De acordo com o n.º 2 do artigo n.º 1878º do Código Civil, a opinião do menor deve ser tanto mais determinante quanto mais próximo dos dezoito anos ele se encontrar. Tratando-se de maiores incapazes, por razões de anomalia psíquica, é exigida autorização judicial.<sup>108</sup>

### **9.3 - A responsabilidade médica objectiva nos transplantes de órgãos e de tecidos em vida**

A dádiva e colheita de órgãos em vida, para ulterior transplantação é, nos dias de hoje, um procedimento frequente, implicando a identificação e seleção dos dadores vivos, e a aplicação de critérios científicos, clínicos e procedimentais rigorosos. Presentemente, obriga, também, à disposição de um regime de protecção do dador, que lhe permita, conjuntamente com as unidades de colheita e transplantação, dispor de um regime de protecção de eventuais danos que possam resultar da dádiva e da colheita de um órgão, em vida. Aliás, este direito está já previsto no artigo n.º 9º da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, assinalando o direito do dador de vir a ser indemnizado pelos danos sofridos durante os intervenções ligadas ao procedimento, até ao completo restabelecimento e, independentemente da sua culpa, concretizando um regime de responsabilização objectiva, constituindo deste modo um prémio ou recompensa àqueles que arriscam a própria saúde e, visando estimular a participação de novos sujeitos.

No seguimento desta orientação, surge o regime de protecção do dador vivo de órgãos contemplado no Decreto-Lei n.º 168/2015, de 21 de Agosto, que estabelece a protecção devida em caso de, morte, de invalidez definitiva, independentemente do seu grau, e de internamento, no decurso de complicações surgidas, durante ou em consequência da dádiva

---

<sup>107</sup> Cfr. o n.º 3 e 4 do artigo n.º 8º da Lei 12/93, de 22 de Abril. Veja-se também, o n.º 2 do artigo 20º da CDHB.

<sup>108</sup> Cfr. o n.º 5 do artigo n.º 8º da Lei 12/93, de 22 de Abril. Veja-se também, o n.º 2 do artigo 20º da CDHB.

e da colheita, sem prejuízo das demais prestações que, nos termos da legislação aplicável, tenha direito. Simultaneamente, para garantir essas obrigações de proteção, é criado um seguro de vida obrigatório do dador vivo de órgãos, fazendo recair o ônus nas instituições hospitalares envolvidas no procedimento.

## CONCLUSÃO

A sensibilização cívica dos cidadãos em geral, e dos profissionais de saúde em particular, para os resultados esperados com a transplantação, em benefício de muitos doentes cujo prognóstico e sobrevivência imediata, estariam seriamente afectados sem ela, a mobilização pedagógica do país num esforço, bem recompensado, de promoção da literacia para a saúde e, a crescente maturidade técnica e científica dos profissionais e instituições envolvidas, colocaram, e continuam a manter, Portugal na vanguarda da transplantação mundial. Este facto é testemunhado pelos resultados obtidos: em 2016, foram transplantados em Portugal cerca de 864 órgãos sólidos, mais 40 do que em 2015, provenientes de dador falecido, vivo e sequencial, correspondendo a 499 transplantações de rim (65 das quais provenientes de dador vivo, 272 de fígado (15 das quais provenientes de dador sequencial), 42 de coração, 26 de pulmão e 25 de pâncreas.

Assinale-se, a propósito, a contribuição empenhada do legislador, através da legislação produzida, em unísono com as problemáticas que se colocam em sede jurídico-constitucional e regulatória, neste domínio, e que muito têm ajudado a desenvolver o programa Nacional de Transplantação de órgãos, tecidos e células. Reconheçamos que o ordenamento jurídico português evoluiu e soube adaptar-se à realidade flagrante da evolução técnica e científica, que informa e sustenta o complexo universo da transplantação de órgãos, tecidos e células, bem como a outras problemáticas que foram surgindo ao longo dos anos, designadamente, a evolução das tipologias de dador, os conceitos e critérios de verificação da morte, a legitimação da extensão da doação *inter vivos*, a confrontação com soluções para obviar a escassez de órgãos disponíveis, a promoção da dádiva, entre outros, de somenos importância.

Em termos de conclusão, consideremos em primeiro lugar, uma das questões de maior impacto e preocupação – a crescente escassez de órgãos, entre outros motivos, pelas, também, crescentes indicações para transplante, não acompanhada pelo correspondente incremento do número de dadores. A escassez de órgãos é, de facto, neste universo de mais indicações e mais candidatos para transplantação, uma realidade incontornável, muito limitadora da satisfação, célere e apropriada das patologias dos candidatos a transplante, estando na origem do aumento do número de doentes em listas de espera para transplante, cujas consequências pode muitas vezes fazer com que os doentes nelas

inscritos, percam essa oportunidade, por progressão da sua doença de base e, desse modo, tornando o transplante impossível de ser concretizado, ou mesmo levando ao seu falecimento, sem terem tido essa oportunidade terapêutica (*dropout*). Esta realidade, negativa a todos os títulos, tem sido enfrentada e combatida, entre nós e noutros países, desde logo, pela alteração jurídica do regime de colheita em cadáver, com a evolução de um modelo de consentimento, inicialmente, informado, para o modelo do consentimento presumido. Assim, do modelo inicial do consentimento informado ou de *opting in system*, que exigia, em vida, a manifestação explícita da vontade da pessoa em vir a ser dador, migrámos para o modelo actual, o do consentimento presumido ou *opting out system*. No essencial, este modelo, remete para o cidadão a possibilidade de se opor, em vida, à colheita, sendo para isso exigido uma manifestação explícita da sua não permissão à dádiva, presumindo-se a plena disposição para o acto de doação, se tal não for registado. Poder-se-á dizer, que em boa hora que o foi feito. Está hoje social e moralmente assumido na comunidade portuguesa, não violentando os costumes, os princípios éticos, culturais e religiosos. Produziu, também, bons resultados operacionais.

Outra importante medida adicional, para aumentar o número de potenciais dadores de órgãos falecidos, entre nós, resultou do alargamento e definição das tipologias do conceito de morte. A legislação actual, passou a contemplar e a definir o dador em paragem circulatória, como o dador falecido a quem foi declarada a morte com base em critérios circulatórios, verificando-se a cessação irreversível das funções cardiocirculatórias. Esta condição, regulamentada pelo Despacho n.º 14341/2013 de 6 de Novembro, estende o âmbito do conceito de morte àqueles que mediante criteriosos métodos semiológicos expressamente previstos, sejam declarados em paragem circulatória irreversível, tornando-se a, partir desse momento, potenciais dadores de órgãos ou tecidos para transplantação. Tratou-se pois, em sede legislativa, de estabelecer e actualizar critérios de verificação da morte, para efeitos de doação, juntando-os aos já reconhecidos para verificação da morte cerebral, outros que também sejam clinicamente inquestionáveis. Entre nós, engloba os dadores que tiveram morte cardíaca súbita, ou que apresentem lesões cerebrais catastróficas seguidas de paragem cardiocirculatória, quer tenham ocorrido no hospital ou no exterior deste. A utilização desta tipologia de dadores, tem vindo a aumentar, ainda que insidiosamente, recomendando-se, portanto, mais formação, apoio e melhor organização,

por parte dos profissionais de saúde e instituições onde se realizam as colheitas, para tornar relevante esta *pool* de dadores, por enquanto com baixa expressão numérica.

O passo seguinte, que refutamos de primordial importância, teve o mesmo propósito de aumentar o número de órgãos disponíveis para transplante, concretizou-se, mais recentemente, quando a legislação veio consentir e regular a colheita de órgãos através da permissão da doação em vida, de órgãos duplos ou regeneráveis, embora esta iniciativa não seja inédita, uma vez que na fase experimental dos transplantes recorria-se a dadores vivos, pese embora a ausência de suporte legislativo.

Do lado da doação em vida, destacamos muitas vantagens: a maior compatibilidade do enxerto a transplantar no par dador-receptor, fazendo cair a probabilidade de rejeição e, possibilitando a utilização de protocolos de imunossupressão de menor agressividade sistémica, com menor risco de infecção a ela associada; a dispensabilidade de técnicas de preservação do enxerto e ausência de isquemia fria; a melhor organização do acto cirúrgico ou procedimental, com as esperadas consequências de melhor coordenação, conforto e condições para a sua realização. Foi, com naturalidade que, com a transplantação de dador vivo, se verificaram melhores resultados de sobrevivência do dador e/ou enxerto, em paralelo com a baixa comorbilidade para o dador vivo.

Neste domínio, a regulamentação jurídica, que rege a transplantação *inter vivos*, aponta e prevê algumas restrições particulares, pois que se trata de prevenir e prover a compensação de possibilidade eventual de dano físico, e até a morte dos dadores, pessoas que, voluntariamente, e com carácter absolutamente gracioso, se dispuseram para a dádiva, levando obviamente e, em abono do limite ao exercício do poder de autodeterminação, à proibição do procedimento, se tal implicar a morte do dador.

A colheita em vida, assenta na distinção fundamental entre órgãos regeneráveis (parte do fígado, parte do pulmão, medula óssea) e não regeneráveis (rim, coração, pulmão, pâncreas, intestino, córnea), autorizando, obviamente, apenas a doação de parte deles, no caso dos primeiros e, no caso dos segundos, caso sejam órgãos duplos.

Estabelece a legislação, que a transplantação de órgãos regeneráveis só poderá ser feita no interesse objetivo do receptor e, desde que não esteja disponível qualquer órgão ou tecido adequado, colhido de dador falecido, nem exista, também, qualquer outra atitude terapêutica com efeito equivalente.

Tratando-se da doação de órgãos não regeneráveis, a sua admissibilidade fica dependente de parecer favorável emitido pela Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante –EVA. Ora, a doação em vida de órgãos não regeneráveis é realizada, preferencialmente, entre familiares e dentro destes mais frequentemente, de pais para filhos e entre irmãos, invocando-se sempre o justo equilíbrio, entre o princípio da autonomia e o dever da solidariedade por parte do dador.

A propósito e, a uma determinada altura, criou-se o entendimento e aceitação da migração de uma relação de pendor, eminentemente, familiar para uma lógica de solidariedade social, passando a ser admissível, a doação em vida de órgãos não regeneráveis, não só entre familiares, como previa a primeira versão da Lei n.º12/93, de 22 de Abril, mas também a voluntários. Este alargamento das possibilidades de doação a dadores não aparentados pressupõe, contudo, que estes mantenham uma “relação pessoal próxima” com o doente, orientação expressa no Protocolo Adicional à Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, relativo ao transplante de órgãos e tecidos de origem humana, tornando possível a admissibilidade da existência de dadores voluntários não familiares, familiares por adoção, unidos de facto e, do cônjuge. Esta medida, a nosso ver, tem um enorme impacto na manifestação abnegada e solidária de quem pretenda, dentro dos limites éticos e jurídicos previstos, contribuir para o tratamento daqueles com os quais se identifica, afectivamente e/ou solidariamente. Contribuiu, também, para uma maior disponibilidade de órgãos deste tipo de dador. Contudo, e como é do conhecimento geral, é reconhecida a existência de um “mercado negro” de órgãos, com uma rede que se estende a inúmeros países, particularmente, na Índia e noutros países do Médio e Extremo Oriente, no Norte de África, na Europa do Leste e na América latina. Nestes casos, não falamos apenas de transacção ilegal mas, também, da extrema violação dos mais elementares direitos humanos. Por ser eticamente inaceitável, a Lei portuguesa proíbe, de forma explícita, o comércio de células, tecidos e órgãos, conferindo-lhe, sistematicamente, qualidade gratuita, “(...) não pode em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização.” Contudo, quando está em causa a doação *inter vivos* de órgãos não regeneráveis, entre nós, apenas se remete a verificação da admissibilidade, de uma eventual doação, para a EVA e, nada mais se acrescenta. Esta “lacuna” na Lei, suscita uma possibilidade de nos depararmos com tráfico e comercialização de órgãos, por não estar previsto legalmente, a exclusão, liminar e expressa, dessa possibilidade formal.

Gostaríamos de enfatizar que, na doação *inter vivos*, impõe-se fazer convergir a autonomia individual – expressa através do consentimento livre e esclarecido – com a solidariedade social – inscrita na dimensão altruísta da graciosidade da dádiva. Desta forma, ficou legitimada a doação em vida através da preservação e promoção da dignidade humana.

A doação devendo ser livre e espontânea, isto é, sem vícios da vontade, pressupõe o consentimento informado e esclarecido, quer por parte do dador quer do receptor e será sempre uma solução de *ultima ratio*, perante a ausência de outra modalidade terapêutica com equivalente probabilidade de sucesso e, uma vez esgotada a oportunidade de recurso a órgão de dador falecido. O transplante, deverá ser condicionado por um critério de proporcionalidade, garantindo um equilíbrio entre a probabilidade de êxito e benefícios esperados no receptor, com os eventuais danos causados ao dador.

De notar, que a transplantação deste tipo, ao envolver um dador vivo, de plena saúde, não pode deixar de, obrigatoriamente, prever a possibilidade de vir a causar qualquer dano físico. Para tal, a legislação determina que deva ser, antecipadamente, avaliado esse risco, mediante a realização de um exame prévio, completo, do seu estado de saúde.

O transplante será sempre levado a cabo de forma gratuita, admitindo-se, contudo, uma compensação pelas despesas ou prejuízos decorrentes da doação. Felizmente, plasmado na legislação portuguesa fica assegurado, o direito do dador de vir a ser indemnizado pelos danos sofridos durante as intervenções ligadas ao procedimento, até ao seu completo restabelecimento, independentemente da sua culpa. Afirma-se aqui, deste modo, com o qual estamos inteiramente de acordo, a concretização de um regime de responsabilização objectiva, constituindo-se como um prémio ou recompensa àqueles que arriscam a própria saúde e, visando estimular a participação de novos sujeitos. Como corolário desta assunção de responsabilidade, surge o regime de protecção do dador vivo de órgãos, tardio, a nosso ver, no contexto da prática da transplantação entre nós, contemplado no Decreto-Lei n.º 168/2015, de 21 de Agosto, criando um seguro de vida obrigatório para o dador vivo de órgãos e, fazendo recair o ónus nas instituições hospitalares envolvidas no procedimento.

Finalmente, não ficaríamos satisfeitos, se não continuássemos os esforços coletivos de melhoria dos resultados obtidos e, o alargamento da acessibilidade e indicações para a Transplantação. Para tal, há que promover mais campanhas de sensibilização para a doação de órgãos, em vida e de dador falecido, monitorizar eficazmente os *outcomes* e *outputs* dos programas em curso e, incrementar a investigação científica neste domínio.



Com os resultados dos últimos anos, Portugal tem ocupado os primeiros lugares na doação de órgãos, tanto a nível europeu como mundial, mas insatisfeitos por natureza e princípio, proponhamo-nos contribuir para uma melhoria, com o empenho e colaboração de todos.

## BIBLIOGRAFIA

Acta Médica Portuguesa 1998: 11: 91 – Normas clínicas: guia de diagnóstico de morte cerebral.

Alexandra Vilela – “Colheita de órgãos e tecidos em dadores vivos para fins de transplante”, *Lex Medicinae*, Ano 1, n.º 2, 2004.

André Gonçalo Dias Pereira – “O consentimento para intervenções médicas prestado em formulários: uma proposta para o seu controlo jurídico”, *in* Boletim da Faculdade de Direito, Vol. LXXVI, Coimbra, 2000;

“O consentimento informado na relação médico-paciente”, Estudo de Direito Civil, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora, n.º 9, 2004;

Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica, Dissertação de Doutoramento em Ciências Jurídico-Civilísticas, Coimbra, Dezembro, 2012.

Antunes Varela – Das obrigações em geral, 11ª reimpressão da 10ª edição, Coimbra, Almedina, 2014.

Carla Gonçalves – A responsabilidade civil médica: um problema para além da culpa, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora.

Carlos Ferreira de Almeida – “A doação e a dádiva”, *in* *Themis*, Revista da Faculdade de Direito da UNL, Ano IX, n.º 17, 2009.

Diana Filipa Montenegro Silveira – “O problema da constitucionalidade da solução do dissentimento”, *Lex Medicinae*, Ano 3, n.º 5, 2006.

Guilherme de Oliveira – Temas de direito da medicina, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora, n.º 1.

Guilherme de Oliveira; André Dias Pereira – Consentimento Informado, Centro de Direito Biomédico, Coimbra, 2006.

Marta Dias Barcelos e M. Patrão Neves - Revista Portuguesa de Bioética, n.º 7, Maio 2009, “reflexão ética sobre a doação de tecidos e órgãos humanos: entre o respeito pela autonomia e a exigência de solidariedade”.

Nuno Manuel Pinto de Oliveira - “Inconstitucionalidade do Art. 6.º da Lei sobre a Colheita e Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana (Lei n.º 12/93, de 22 de Abril)” – *SCIENTIA IURIDICA*, TOMO XLIX, n.ºs 283/285, Janeiro/Junho, 2000;

“O direito geral de personalidade e a solução do dissentimento – ensaio sobre a constitucionalização do Direito Civil”, Centro de Direito Biomédico, Coimbra Editora, Coimbra, 2002;

“Considerações em torno do Protocolo Adicional à CDHB relativo à transplantação de órgãos e tecidos de origem humana”, *Lex Medicinæ*, Ano 1, n.º 2, 2004;

“Direitos de personalidade e responsabilidade civil no regime jurídico do transplante de órgãos” – *Lex Medicinæ*, Ano 4, n.º 8, 2007;

“Direitos de personalidade: contributo para a revisão das disposições do Código Civil Português”, in *Themis*, Revista da Faculdade de Direito da UNL, edição especial - “Código Civil Português – evolução e perspectivas actuais”, Almedina, 2008;

“Autonomia, Dignidade e Transplantação de Órgãos”, in *Pessoas Transparentes: Questões actuais de Bioética*, Coimbra, Almedina, 2010;

“O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana e a relação jurídica da bioética”, *Lex Medicinæ*, Ano 8, n.º 5, 2011.

Paulo Mota Pinto – “O direito à reserva sobre a intimidade da vida privada”, *Boletim da Faculdade de Direito*, Vol. LXIX, 1993.

Rabindranath Capelo de Sousa - Teoria Geral do Direito Civil, Vol. I, Coimbra Editora, 2003;

O Direito Geral da Personalidade, Coimbra Editora, 2011.

Sinde Monteiro; Figueiredo Dias – Responsabilidade médica em Portugal, *in* Separata do Boletim do Ministério da Justiça, n.º 332, Janeiro, 1984.

Transplantações, Colóquio Interdisciplinar (25 de Março de 1993) *in* Publicações do Centro de Direito Biomédico da Faculdade De Direito da Universidade de Coimbra, n.º 3.

Vera Lúcia Raposo – “O corpo humano, a nova galinha dos ovos de ouro”, *Lex Medicinæ*, Ano 8, n.º 15, 2011.

## ANEXOS

Ilustração gráfica de dados oficiais apresentados pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP – IPST, IP – referentes ao ano de 2016

Figura 1.

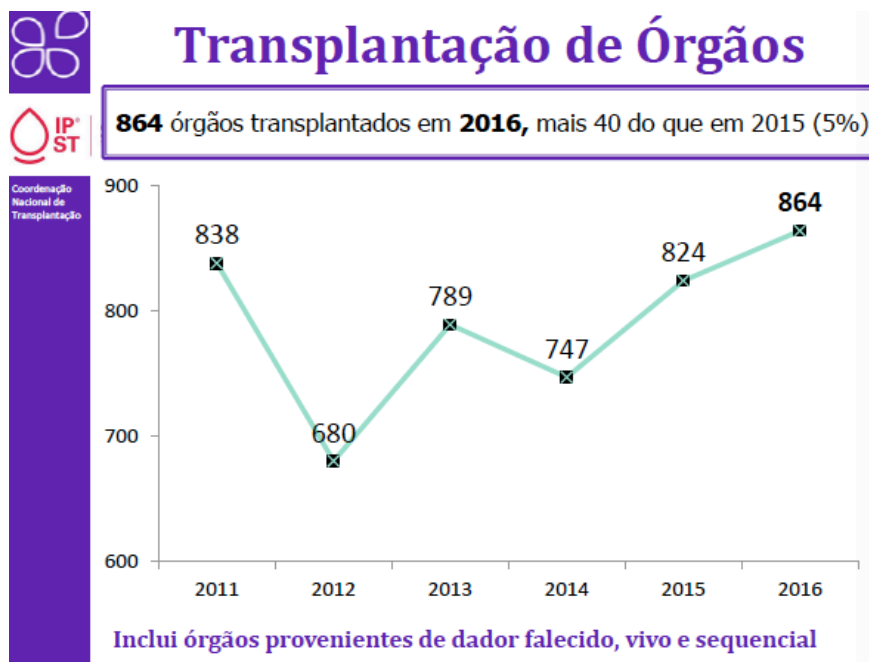


Figura 2.

**Transplantação de Órgãos**

Dador Vivo e Dador Sequencial

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Rim D. Vivo	47	47	51	64	62	65
Fígado D. Vivo	0	0	3	5	2	0
Fígado D. Sequencial	26	20	10	8	14	15

Figura 3.

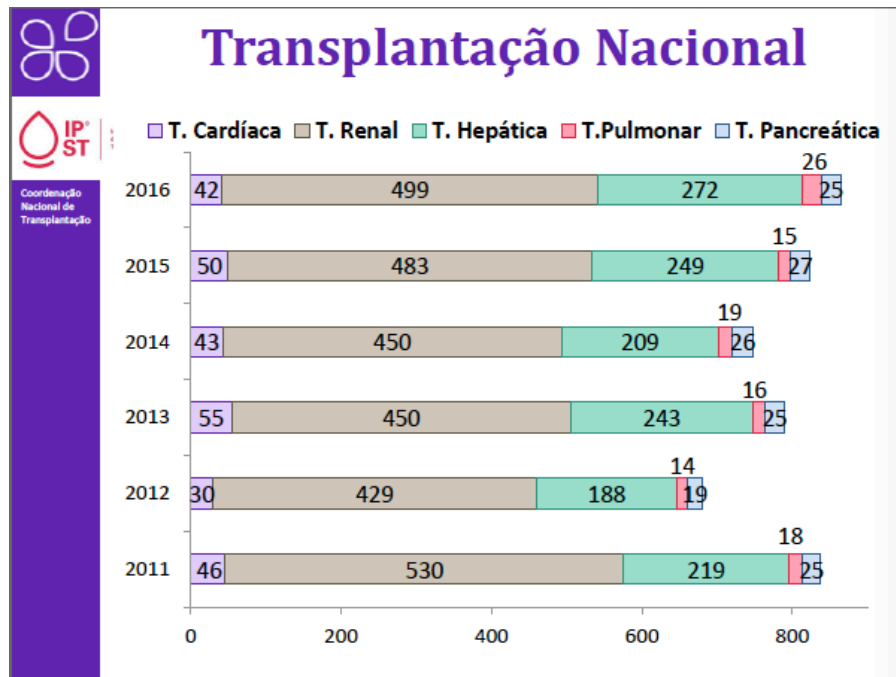


Figura 4.

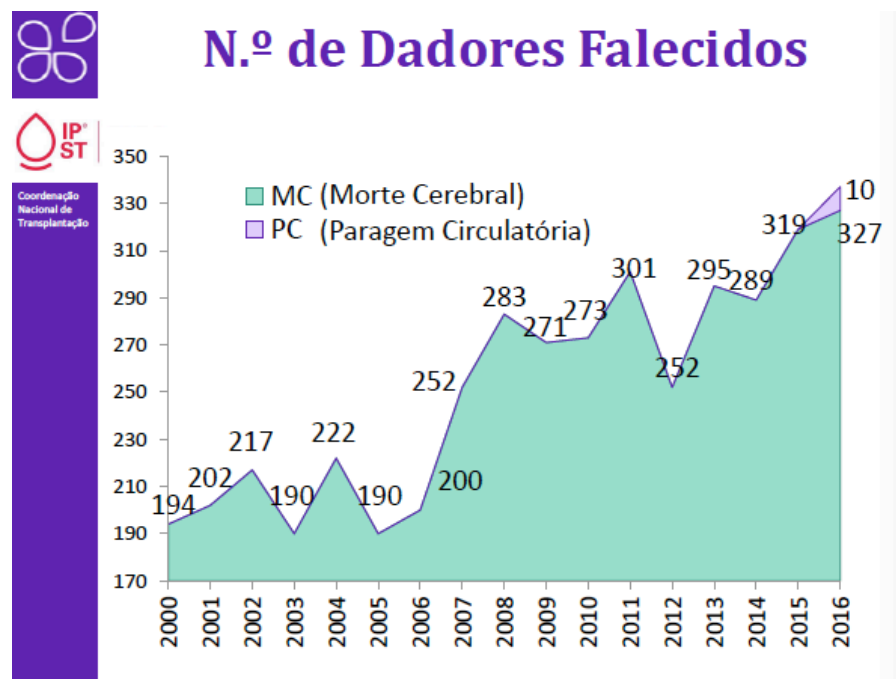


Figura 5.

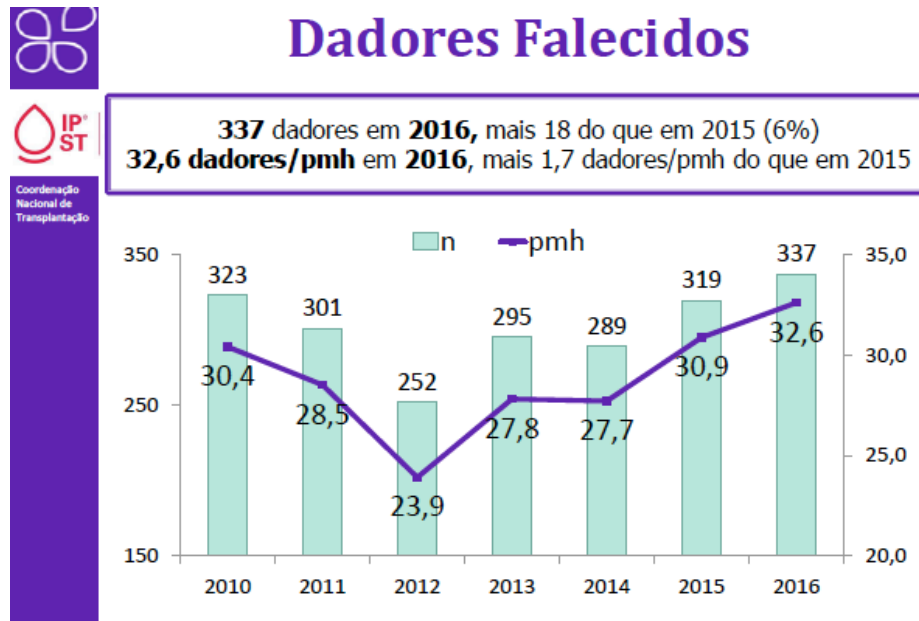


Figura 6.

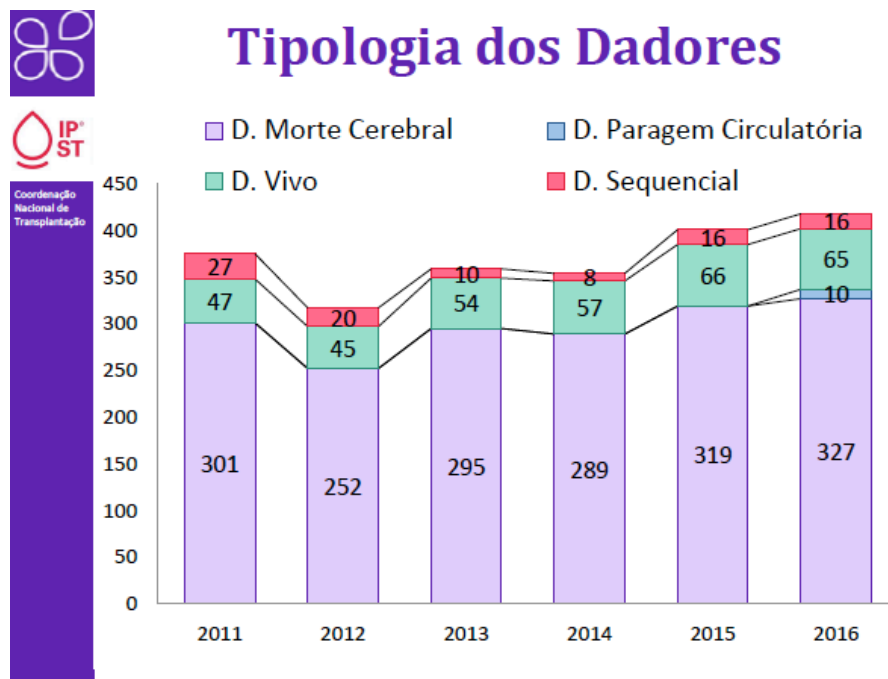


Figura 7.

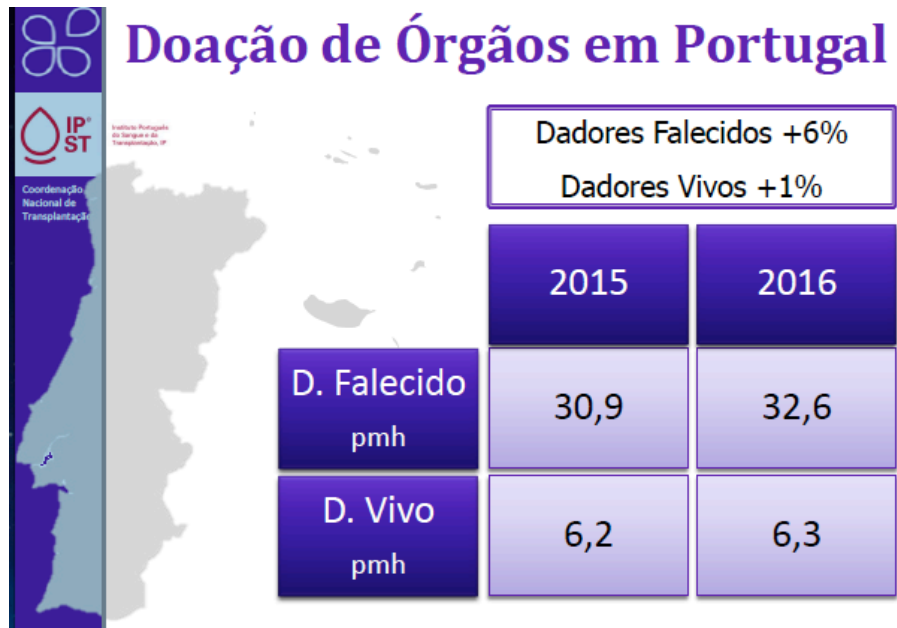


Figura 8.

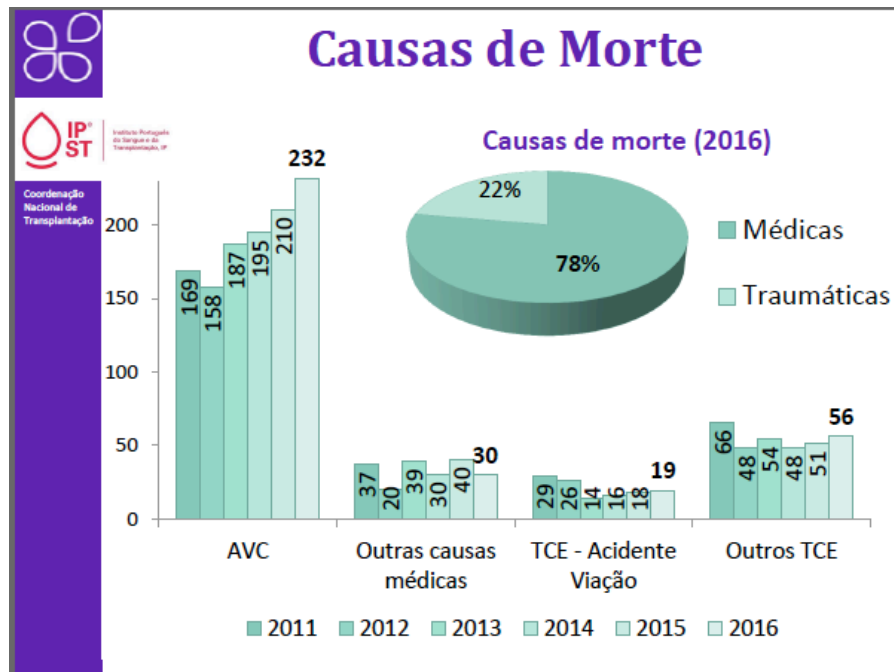




Figura 9.

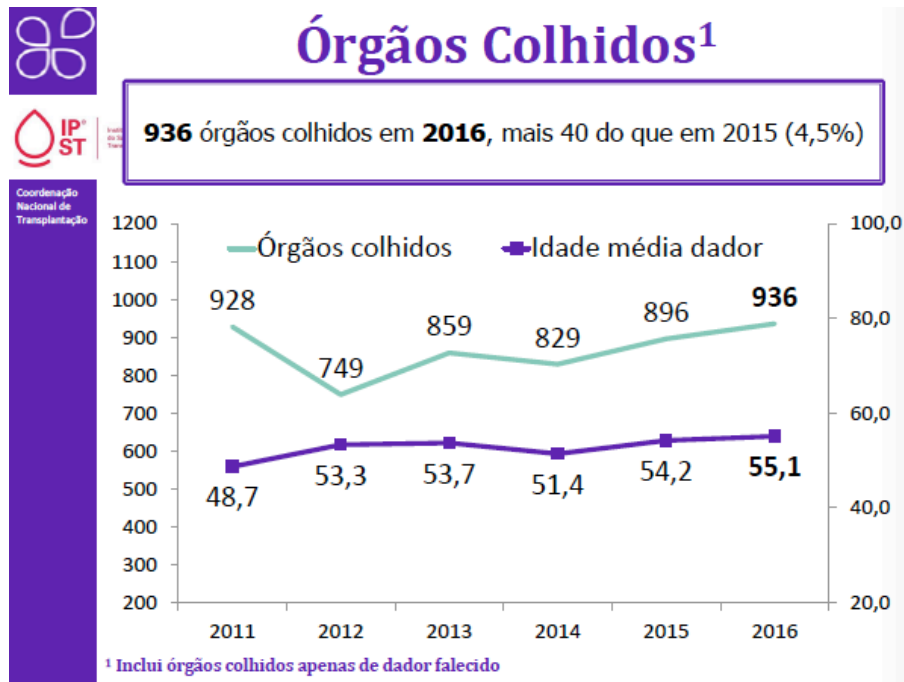
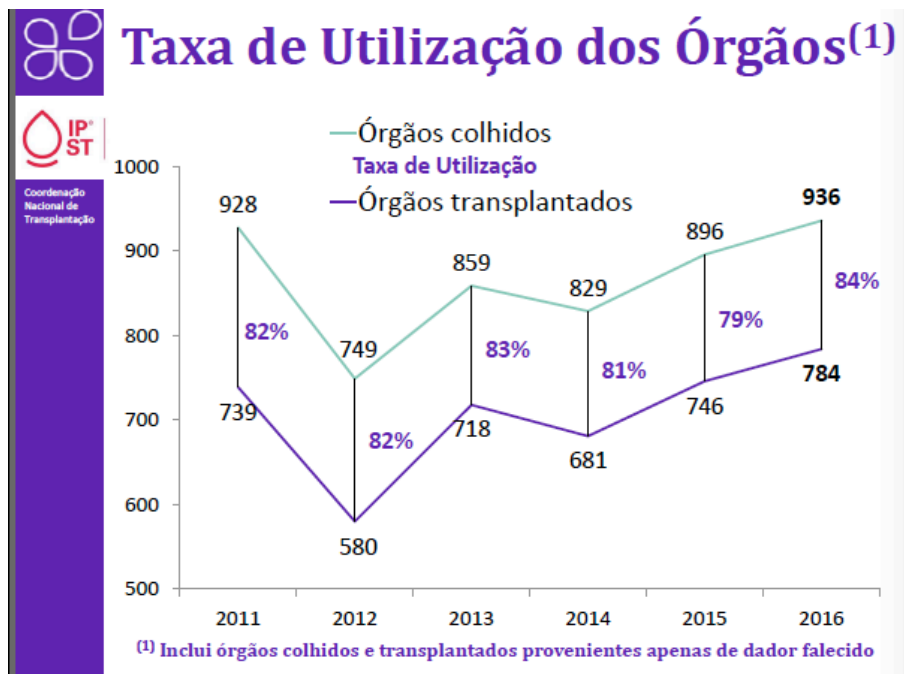


Figura 10.



## **Sinopse cronológica da Regulamentação dos Transplantes em Portugal**

- 1983 – Decreto-Lei n.º 110/83, de 21 de Fevereiro – Institucionalização e regulamentação dos Centros de Histocompatibilidade
- 1991 – Parecer 1/CNE/91 – Parecer do CNECV sobre o transplante de tecidos e órgãos
- 1993 – Parecer 5/CNE/93 – Parecer do CNECV sobre o Registo Nacional de não dadores (RENNDA)
- 1993 – Lei n.º 12/93, de 22 de Abril – Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana
- 1994 – Decreto-Lei n.º 244/94, de 26 de Setembro – Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA)
- 1994 – Declaração da Ordem dos Médicos, de 11 Outubro de 1994 – Critérios de morte cerebral
- 1995 – Parecer 10/CNE/95 – Parecer do CNECV sobre o conceito de morte cerebral
- 1995 – Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio – Comissão de ética para a saúde
- 1995 – Despacho n.º 22/95, de 8 de Setembro – Centro Nacional de dadores de células de medula óssea, estaminais ou de sangue do cordão (CEDACE)
- 1996 – Despacho n.º 257/96, de 3 setembro – Criação da Organização Portuguesa de Transplantação (OPT) e dos respectivos gabinetes de coordenação de colheita de órgãos e transplantação (GCCOT)
- 1999 – Decreto-Lei n.º 274/99, de 22 de Julho – Recolha de órgãos para fins de investigação científica
- 1999 – Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto – Estabelece os princípios em que se baseia a verificação de morte
- 2000 – Despacho n.º 10507/2000, de 23 de Maio - Escolha do par dador-receptor

- 2001 – Despacho n.º 3549/2001, de 20 de Fevereiro – Incentivos à colheita e transplantação de órgãos e tecidos
- 2002 – Portaria n.º 31/2002, de 8 de Janeiro – Centros de Transplantação
- 2007 – Decreto-Regulamentar n.º 67/2007, de 29 de Maio – Criação da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (ASST)
- 2007 – Despacho n.º 6537/2007, de 3 de Abril – Normas de selecção do par dador-receptor em homotransplantação com rim de cadáver
- 2009 – Lei n.º 12/2009, de 26 de Março – Regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana
- 2009 – Despacho n.º 14879/2009, de 2 de Julho – Criação do Banco Público de Células do Cordão Umbilical (LUSOCORD)
- 2010 – Decreto-Lei n.º 38/2010, de 20 de Abril – Isenção do pagamento de taxas moderadoras em todas as situações que envolvam transplantes de órgãos ou células
- 2010 – Portaria n.º 802/2010, de 23 de Agosto – Programa Nacional de Doação Renal Cruzada (PNDRC)
- 2011 – Despacho n.º 5015/2011, de 23 de Março – Condições de atribuição da compensação relativa à dádiva de tecidos e células de origem humana
- 2012 – Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Fevereiro – Criação do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP, (IPST,IP), com a integração dos Centros de Histocompatibilidade e as funções da ASST
- 2012 – Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de Junho – Regulamenta o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios
- 2013 – Lei n.º 36/2013, de 12 de Junho - Aprovação do regime de garantia de qualidade e segurança dos órgãos de origem humana destinados a transplantação no corpo humano

- 2013 – Despacho n.º 14341/2013, de 6 de Novembro - Determina os requisitos necessários para a colheita de órgãos em dadores falecidos em paragem cardiocirculatória
- 2014 – Portaria n.º 76/2014, de 21 de Março - Regulamenta os termos em que devem ser autorizadas as unidades de colheita e transplantação de órgãos, bem como a respetiva tramitação e todos os requisitos que devem instruir os pedidos de autorização das referidas actividades
- 2015 – Despacho n.º 7215/2015, de 1 de Julho - Determina as verbas a atribuir aos estabelecimentos públicos ou privados, incluindo as entidades localizadas nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, autorizados a realizarem actos de colheita e transplante
- 2015 - Decreto-Lei n.º 168/2015, de 21 de Agosto – Criação de um seguro de vida obrigatório para o dador vivo de órgãos